

RAPORT

NARODOWY PROGRAM

OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO 2016–2020

Rekomendacje

Warszawa, 1 października 2015



OPRACOWANIE:

Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego

Pod redakcją:

prof. Bartosza Łozy i Jerzego Gryglewicza



FUNDACJA
WYGRAJMY ZDROWIE



SPIS TREŚCI

1. Wstęp	5
2. Finansowanie i organizacja publicznej opieki psychiatrycznej w Polsce	5
3. Wydatki zakładu ubezpieczeń społecznych ponoszone z powodu chorób psychicznych	6
4. Kluczowe problemy związane z organizacją opieki psychiatrycznej w Polsce będące podstawą do opracowania i ustanowienia NPOZP	7
4.1. Ochrona zdrowia psychicznego nie jest priorytetem w Polityce Zdrowotnej Państwa	7
4.2. Stereotypy, uprzedzenia i niewielka świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych	7
4.3. Ograniczona dostępność do psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej	7
4.4. Brak koordynacji opieki psychiatrycznej	7
4.5. Wykluczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi	7
5. Cele narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego	8
6. Optymalny model opieki psychiatrycznej	9
6.1. Założenia optymalnego modelu opieki psychiatrycznej	9
6.2. Podstawowa opieka psychiatryczna	10
6.3. Specjalistyczna opieka psychiatryczna	10
6.4. Programy specjalistyczne	12
6.5. Współpraca z systemem pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej	13
6.6. Zmiany organizacyjne w realizacji programu	14
6.7. Finansowanie	14
6.8. Strategie reformy	16
7. Wnioski i rekomendacje końcowe	20

1. WSTĘP

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego został przyjęty przez Radę Ministrów 28 grudnia 2010 r.

Stały wzrost liczby osób leczonych w Polsce z powodu zaburzeń psychicznych oraz prognozy przewidujące utrzymanie się tego wzrostu w przyszłości były podstawą do opracowania koncepcji programu. Jego głównym celem była poprawa efektywności i organizacji obecnego systemu ochrony zdrowia psychicznego, a w szczególności wyrównanie dostępu do różnych form opieki psychiatrycznej i poszerzenie oferty terapeutycznej dla pacjentów, która obecnie jest w większości ograniczona do poradni bądź poradni i oddziału psychiatrycznego, zlokalizowanego najczęściej w szpitalu psychiatrycznym. Innymi aspektami zawartymi w programie były promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych, zapewnienie chorym dostępu do kompleksowej i zintegrowanej opieki zdrowotnej oraz do innych form pomocy oraz rozwój badań naukowych.

2. FINANSOWANIE I ORGANIZACJA PUBLICZNEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE

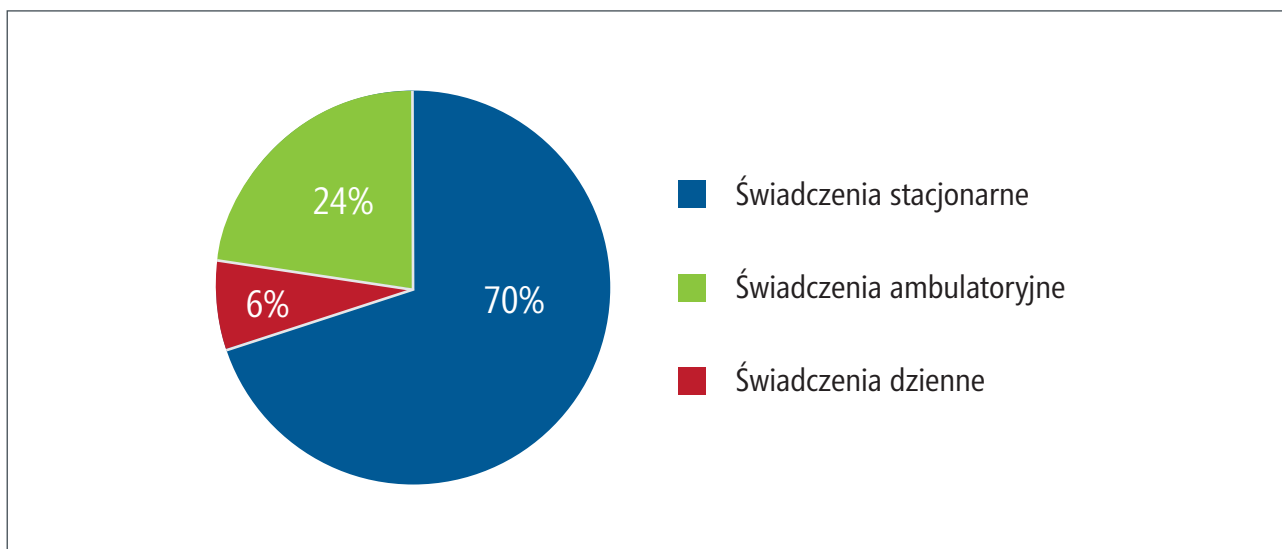
(Na podstawie Raportu Uczelni Łazarskiego „Schizofrenia – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych”, 2015 r.)

W opinii wielu psychiatrów i ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia niski poziom finansowania i zła organizacja opieki psychiatrycznej są głównymi barierami powodującymi ograniczony dostęp do świadczeń dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych dla pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychiatrycznych realizowane są na podstawie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami w trybie stacjonarnym, dziennym oraz ambulatoryjnym.

W ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień Narodowy Fundusz Zdrowia na 2015 r. zawarł z 970 świadczeniodawcami umowy na realizację świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych o wartości ponad 253 mln zł, ze 140 świadczeniodawcami umowy na realizację świadczeń psychiatrycznych dziennych o wartości 66 mln zł oraz z 134 świadczeniodawcami umowy na realizację świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych o wartości ponad 750 mln zł. Oznacza to, że obecnie wydatki NFZ związane z leczeniem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi przeznaczane są głównie na lecnictwo stacjonarne.

Ryc. 1. Struktura finansowania świadczeń psychiatrycznych w 2015 roku



Należy zaznaczyć, że występują znaczące terytorialne nierówności w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach kraju wynikające z liczby szpitali i poradni w danym województwie oraz wydatków ponoszonych na leczenie psychiatryczne przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w odniesieniu do liczby mieszkańców.

Najwyższy wskaźnik uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów z zakresu świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych przez liczbę mieszkańców danego województwa występuje w województwie wielkopolskim (8,74 zł), najniższy w warmińsko-mazurskim (4,12 zł). W zakresie świadczeń psychiatrycznych dziennych najwyższy wskaźnik występuje w województwie pomorskim (2,38 zł), najniższy w świętokrzyskim (0,73 zł), natomiast w lecznictwie stacjonarnym najwyższy wskaźnik występuje w województwie świętokrzyskim (24,79 zł), najniższy w małopolskim (15,06 zł).

Bardzo istotną barierą ograniczającą dostęp pacjentów do opieki psychiatrycznej są niedobory lekarzy psychiatrów. Obecnie w Polsce jest 4 275 specjalistów psychiatrii z czego aktywnie wykonuje zawód 3 976 psychiatrów. Największa liczba specjalistów psychiatrii pracuje w województwach: mazowieckim (721), śląskim (421) i małopolskim (409 specjalistów). Najmniej specjalistów psychiatrii pracuje w województwach opolskim (74), lubuskim (87) i warmińsko-mazurskim (113 specjalistów).

Najwyższy wskaźnik psychiatrów w stosunku do liczby mieszkańców odnotowano w województwach: podlaskim (15,50 specjalistów psychiatrii/100 tys.), mazowieckim (13,54/100 tys.). Najniższy wskaźnik odnotowano, natomiast w województwach: podkarpackim (7,05 specjalistów psychiatrii/100 tys.) i opolskim (7,38/100 tys.).

3. WYDATKI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH PONOSZONE Z POWODU CHORÓB PSYCHICZNYCH

Choroby związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w szczególności schizofrenia i depresja, generują znaczące koszty społeczne związane z absencją chorobową, świadczeniami rehabilitacyjnymi, rentami z tytułu niezdolności do pracy oraz rentami socjalnymi. W 2012 roku ogólne wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS wyniosły łącznie 30,4 mld złotych. Choroby związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD 10, F00-F99) generowały 16,7% ogółu wydatków, to jest ponad 5 mld złotych. W tym wydatki związane ze schizofrenią stanowiły wartość 1 042 mln zł, natomiast w przypadku depresji ponad 780 mln zł.

W 2012 r. renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej schizofrenią pobierało 75,5 tys. osób, na łączną kwotę 786 mln zł. Schizofrenia była także przyczyną wydania 27,8 tysięcy zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy o łącznej liczbie absencji chorobowej wynoszącej 608,8 tys. dni.

W 2012 r. renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej epizodem depresyjnym pobierało 3,6 tys. osób na łączną kwotę 37 mln. Epizod depresyjny stanowił przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 197 tys. przypadkach na łączną liczbę 3 760 tys. dni absencji chorobowej. Absencja chorobowa z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających wyniosła 1 628,6 tys. dni.

Wydatki ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy są więc znacząco wyższe niż koszty świadczeń opieki zdrowotnej ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. KLUCZOWE PROBLEMY ZWIĄZANE Z ORGANIZACJĄ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE BĘDĄCE PODSTAWĄ DO OPRACOWANIA I USTANOWIENIA NPOZP

(Za: Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii Neurologii, Warszawa, Raport RPO)

4.1. Ochrona zdrowia psychicznego nie jest priorytetem w Polityce Zdrowotnej Państwa

Ochrona zdrowia psychicznego, pomimo deklaracji organizatorów ochrony zdrowia np. „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego” i „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”, nie należy do priorytetowych wartości publicznych i nie jest przedmiotem świadomej i konsekwentnej polityki państwa w tym obszarze (promocja, profilaktyka, system pomocy) i przyszłych pokoleń (badania i rozwój) [por. NIK 2008, 2012; RPO 2012].

4.2. Stereotypy, uprzedzenia i niewielka świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych

Znikoma świadomość społeczna – wiedza i kompetencja w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są niedostateczne, nasycone negatywnymi emocjami, uprzedzeniami i stereotypami, a praktyka społeczna nie przygotowuje obywateli do skutecznego radzenia sobie z nieuniknionymi kryzysami życiowymi. Działania promocyjne i profilaktyczne są wysoce niedostateczne – wyrwykowe i okazjonalne. Osoby potrzebujące wsparcia, pomocy lub leczenia z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego oraz instytucje organizujące tę pomoc, niezwykle często podlegają procesom indywidualnej i strukturalnej stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczania.

4.3. Ograniczona dostępność do psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej

Od wielu lat obserwuje się stały wzrost częstości potrzeb zdrowotnych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznych, a związanych z zaburzeniami psychicznymi [ZZP IPiN, 2011]. Niestety system lecznictwa psychiatrycznego nie odpowiada skutecznie na te potrzeby – jest niesprawny, cechuje się deficytem i nierównym rozmieszczeniem zasobów, dominacją jednostronnej, ubogiej oferty dużych i odległych od miejsca zamieszkania szpitali psychiatrycznych przy znacznym niedoborze opieki środowiskowej. W efekcie nie zapewnia bliskiego i równego dostępu, wymaganej jakości i efektywności leczenia, ani godziwych warunków korzystania. Udzielanie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi przebiega bardzo często w warunkach naruszających zarówno prawa ludzkie i poczucie godności chorych, jak też sprzyjających utrwalaniu poczucia frustracji i wypalenia u pracowników. Niedostateczne, nieracjonalne finansowanie, dyskryminujące w stosunku do innych dziedzin opieki zdrowotnej nie wystarcza na potrzeby bieżące, na odtwarzanie zasobów, ani na inwestycje. Jednocześnie jest ono marnotrawne, ponieważ nagradza zarządzających za bierne, konserwatywne i krótkowzroczne zachowania ekonomiczne – doraźne oszczędności przy ignorowaniu realnych potrzeb, standardów jakości i bezpieczeństwa opieki, a także pełnego bilansu kosztów własnych oraz kosztów ponoszonych w efekcie przez inne sektory działalności publicznej. Odpowiedzialności za funkcjonowanie całości i elementów systemu jest rozmyta i wciąż rozmywana.

4.4. Brak koordynacji opieki psychiatrycznej

Zawodzi koordynacja między dostępnymi formami leczenia, wsparcia społecznego i uczestnictwa społeczno-zawodowego, które regulowane są przez odrębne ustawy, resorty, szczeble administracji oraz różne instytucje i organizacje – bez współdziałania i często wzajemnej informacji o sobie.

4.5. Wykluczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi

Realna pozycja zdrowia psychicznego i stan systemu jego ochrony w Polsce narusza podstawowe gwarancje ustawowe – utrzymuje nierówności w dostępie do leczenia i opieki, dyskryminuje chorych psychicznie w stosunku do innych chorych i w stosunku do zdrowych obywateli, narusza zasadę solidaryzmu społecznego, nie przeciwdziała napiętnowaniu i wykluczeniu, rozmywa odpowiedzialność państwa za kreowanie i koordynowanie polityki zdrowotnej i społecznej w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Realne i możliwe do zaspokojenia potrzeby zdrowotne pozostają w znacznej mierze niezaspokojone, a prawdopodobnie również nieujawnione.

5. CELE NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Realizację programu przewidziano na lata 2011–2015. W poszczególne zadania włączeni są 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 samorzady województw, powiatów i gmin.

NPOZP – Cel główny 1:

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cele szczegółowe:

- 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.

NPOZP – Cel główny 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

Cele szczegółowe:

- 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.

NPOZP – Cel główny 3:

Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cele szczegółowe:

- 3.1. Przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości 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.

6. OPTIMALNY MODEL OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

6.1. Założenia optymalnego modelu opieki psychiatrycznej

Obecny stan psychiatrii polskiej nie zaspokaja potrzeb społecznych. Cele założone w I etapie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (2011–2015) nie zostały zrealizowane. Przyczyny tego stanu rzeczy są złożone:

1. Błędy we wprowadzeniu I etapu Narodowego Programu 2011–2015:

- brak analizy wcześniejszych niepowodzeń,
- ogólnikowość celów projektu,
- brak kompleksowości projektu, a w szczególności brak programu specjalistycznej opieki psychiatrycznej,
- brak modelu współpracy z pomocą społeczną,
- brak koncepcji aktywizacji zawodowej,
- brak środków finansowych zapewniających realizację projektu,
- nieskuteczność wprowadzanych rozwiązań, a w szczególności nieskuteczność rad zdrowia psychicznego wszystkich szczebli,
- brak woli i konsekwencji we wprowadzaniu zmian.

2. Ograniczone zasoby dla realizacji celów Programu:

- ograniczony zakres jakościowy i ilościowy gwarantowanych świadczeń psychiatrycznych,
- niedofinansowanie świadczeń psychiatrycznych,
- niewystarczająca kadra psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych,
- nierównomierny rozwój placówek psychiatrycznych,
- dekapitalizacja placówek psychiatrycznych,
- zablokowanie refundacji dla innowacyjnych leków psychiatrycznych.

3. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia psychiatryczne:

- wzrost zgłaszalności we wszystkich kategoriach zaburzeń psychicznych,
- ujawnienie się zaburzeń związanych z nowymi wyzwaniami cywilizacyjnymi (kryzys rodziny, dopalacze, kryzys rynku pracy, starzenie społeczeństwa, emigracja i imigracja, wykluczenia społeczne),
- wzrost częstości zamachów samobójczych.

4. Brak ośrodków kierujących, statystycznych, planistycznych i monitorujących wdrażanie NPOZP.

W praktyce, nie została nawet zapoczątkowana realizacja trzech głównych celów NPOZP (2011–2015): promocja zdrowia psychicznego, zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych oraz rozwój badań naukowych. Symbolem niepowodzeń obecnej fazy programu stał się wzrost zamachów samobójczych o około 50% w latach 2011–2015.

Projekt NPOZP w obecnej fazie powinien skoncentrować się na osiągnięciu realnych celów systemowych, przede wszystkim reformie świadczeń psychiatrycznych podstawowych i specjalistycznych oraz powiązaniu tych zmian z systemami pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej.

W systemie świadczeń psychiatrycznych zmian wymagają:

1. Podstawowa opieka psychiatryczna
2. Specjalistyczna opieka psychiatryczna
3. Programy terapeutyczne
4. Współpraca z systemami pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej

6.2. Podstawowa opieka psychiatryczna

System podstawowej opieki psychiatrycznej został przesądzony pracami legislacyjnymi w 2015 roku – tj. zapisem w Ustawie o zdrowiu publicznym, wprowadzającym nowelizację w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (dodany art. 5a).

1. Od 1 stycznia 2017 r. podstawową opiekę psychiatryczną mają zapewniać Centra Zdrowia Psychicznego (CZP).
2. CZP będą odpowiadać zakresem kompetencji powiatom (dzielnicom).
3. Struktura CZP musi być pełna, tj. składać się co najmniej z czterech elementów: poradni, zespołu leczenia środowiskowego (ZLŚ), oddziału dziennego i oddziału całodobowego.

Dodatkowe założenia:

- Wszystkie podjednostki CZP powinny znajdować się w jednej lokalizacji, w danym powiecie (dzielnicy).
- O ile nie ma oddziału całodobowego w danym powiecie (dzielnicy), możliwa jest wyjątkowo, jego lokalizacja w sąsiednim, graniczącym powiecie (dzielnicy).
- Kierownikiem CZP jest lekarz specjalista psychiatra, który może być równocześnie kierownikiem jednej z podjednostek CZP.
- Kierownikami podjednostek CZP są lekarze specjaliści psychiatrii. W przypadku zespołów leczenia środowiskowego, kierownikami mogą być inni specjaliści kliniczni, w tym pielęgniarze lub psychologowie, o ile równocześnie w danej podjednostce zatrudniony jest w wystarczającym zakresie lekarz specjalista psychiatra.
- Kierownik CZP oraz kierownicy wszystkich jednostek CZP tworzą Radę CZP. Rada CZP jest w szczególności organem konsultacyjnym i koordynującym dla pacjentów CZP. Rada CZP zbiera się co tydzień.

6.3. Specjalistyczna opieka psychiatryczna

Specjalistyczna opieka psychiatryczna:

- zaspokajają szczególne, regionalne potrzeby diagnostyczne, terapeutyczne lub populacyjne;
- jest realizowana w formie świadczeń ambulatoryjnych, dziennych, całodobowych lub ratowniczych;
- jest rozwijana w pełnym zakresie w każdym województwie;
- dodatkowo, zgodnie z potrzebami, jest rozwijana w dużych miastach (dzielnicach) > 100.000 mieszkańców.

1. Specjalistyczne świadczenia interwencyjne nie powinny być limitowane i powinny odbywać się niezależnie od posiadania lub braku skierowania.
2. Należy umożliwić udzielanie podwójnych świadczeń psychiatrycznych – ambulatoryjnych, dziennych lub środowiskowych, w przypadku wybranych oddziaływań długoterminowych, w tym korzystania z hostelu lub mieszkania chronionego lub korzystania z długoterminowych, środowiskowych świadczeń rehabilitacyjnych.
3. Pacjenci, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w sprawach karnych (internację), w ramach podstawowego stopnia zabezpieczeń, powinni być leczeni jedynie w ramach wyspecjalizowanych oddziałów psychiatrii sądowej.
4. Ze względu m.in. na znowelizowane w 2015 roku przepisy karne, należy uruchomić specjalistyczne (wojewódzkie) ambulatoria psychiatrii sądowej.
5. Potencjał klinik uniwersyteckich powinien być wykorzystany przede wszystkim dla tworzenia sieci placówek specjalistycznych i każdorazowo być premiowany wyższą wyceną świadczeń.
6. Tryb leczenia wnioskowego bez zgody, powinien zostać rozszerzony na uzależnienia i ciężkie zaburzenia jedzenia.

Tabela 1 Projekt zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach specjalistycznej opieki psychiatrycznej
 Skróty: A – ambulatorium, O – oddział, O. Dz. – oddział dzienny, Z – zakład, ZLŚ – zespół leczenia środowiskowego.
 Określenie „centrum” oznacza strukturę złożoną, także z ambulatorium.

L.p.	Zakres świadczeń/ Jednostka	Główne jednostki składowe	Rejon kompetencji nie większy niż (w milionach mieszkańców)
1	Centrum kryzysowe	O. intensywnej opieki psychiatrycznej	1
2	Centrum leczenia psychoz	O. wczesnej interwencji	1
		O. przeciwdziałania nawrotom	0,5
		O. Dz. rehabilitacyjny	0,25
		Z. opiekuńczo-leczniczy	0,25
3	Centrum psychogeriatрії	O. psychogeriatryczny zaburzeń poznawczych	0,5
		O. psychogeriatryczny rehabilitacyjny	0,5
		O. Dz. psychogeriatryczny	0,25
		Z. opiekuńczo-leczniczy	0,25
4	Centrum leczenia zaburzeń emocji	O. leczenia zaburzeń afektywnych	0,5
		O. psychoterapii	0,5
		O. dzienny zaburzeń emocji	0,25
5	Centrum psychiatrii dzieci i młodzieży	O. psychiatryczny dla dzieci	1
		O. psychiatryczny dla młodzieży	1
		O. terapeutyczno-wychowawczy dla dzieci	2
		O. terapeutyczno-wychowawczy dla młodzieży	2
		O. zaburzeń odżywiania	2
		O. dla osób uzależnionych/ podwójnych diagnoz	2
		O. Dz. całościowych zaburzeń rozwojowych	1
		ZLŚ	0,5
		Hostel dla młodzieży	1
		O. Dz. psychiatryczny dla dzieci	1
		O. Dz. psychiatryczny dla młodzieży	1
6	Centrum psychiatrii sądowej	O. o podstawowym zabezpieczeniu	1
		O. o wzmocnionym zabezpieczeniu	2
		Krajowe ośrodki o najwyższym zabezpieczeniu	10
		Ambulatorium psychiatrii sądowej	2
7	Centrum uzależnień	O. detoksykacji alkoholowej	1
		O. detoksykacji substancji psychoaktywnych	1
		Ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu	2
		Ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	2
8	Seksuologia	Poradnia	0,5
9	Pobyt chroniony	Hostel	1
		Mieszkanie chronione	1

6.4. Programy specjalistyczne

Należy wprowadzić do psychiatrii programy terapeutyczne, gwarantujące kompleksowe i ciągłe leczenie. Ich wprowadzenie jest uzasadnione medycznie i społecznie, ma podstawowe znaczenie dla zdrowia publicznego.

1. Program leczenia schizofrenii

- Ukierunkowany na wczesną diagnozę pierwszego epizodu
- Utrzymanie pacjentów w ciągłym leczeniu
- Przeciwdziałanie wykluczeniu
- Aktywizacja poznawcza
- Aktywizacja społeczna
- Aktywizacja zawodowa
- Oddziaływania na rzecz integracji rodziny

2. Program leczenia stanów depresyjnych

- Diagnostyka stanów depresyjnych
- Stany subkliniczne, depresje maskowane, depresje atypowe
- Depresje w przebiegu zatrudnienia
- Kompleksowe leczenie biologiczne i psychoterapeutyczne
- Programy rehabilitacji osób z przewlekłą depresją
- Utrzymanie aktywności zawodowej i społecznej pacjentów

3. Program profilaktyki i leczenia zaburzeń cywilizacyjnych

- Ocena szkodliwych warunków pracy, pracoholizm, wypalenie, mobbing
- Wykluczenie cywilizacyjne
- Zmieniające się role społeczne, problemy rodziny
- Bezpłodność i niepłodność
- Zaburzenia jedzenia
- Samotność, opuszczenie

4. Program zapobiegania samobójstwom

- Profilaktyka samobójstw, edukacja
- Diagnostyka zagrożeń samobójczych
- Interwencje terapeutyczne w wyspecjalizowanych centrach kryzysowych

5. Program zapobiegania i leczenia zaburzeń preferencji seksualnych

- Diagnostyka
- Terapia
- Współpraca z wymiarem sprawiedliwości w zakresie środków zabezpieczających

6. Program diagnostyki i leczenia zaburzeń neuropsychiatrycznych u dzieci i młodzieży

- Identyfikacja faz prodromalnych zaburzeń neuropsychiatrycznych
- Diagnostyka i leczenie
- Interwencje systemowe (rodzinne)

7. Program przeciwdziałania skutkom przyjmowania substancji psychoaktywnych u dzieci i młodzieży

- Identyfikacja zagrożeń
- Edukacja
- Diagnostyka i terapia
- Długoterminowa rehabilitacja

8. Program mieszkań chronionych

- Profilaktyka konfliktów w systemach rodzinnych
- Ułatwianie dojrzewania/separacji w systemach rodzinnych
- Przeciwdziałanie przewlekłej bezdomności

9. Program pracy chronionej w obrębie placówek psychiatrycznych

- Płatna praca, o charakterze rehabilitacyjnym dla pacjentów przebywających długoterminowo w obrębie placówek leczniczych i opiekuńczo-leczniczych
- Przeciwdziałanie trwałemu bezrobociu
- Rehabilitacja

10. Program opieki i terapii nad osobami 60+

- Opieka i terapia
- Przeciwdziałanie wykluczeniu, stygmatyzacji i izolacji
- Fizjoterapia
- Rehabilitacja
- Arteterapia
- Terapia zajęciowa

Powyższe programy powinny mieć charakter ogólnopolski. Ich szczegółowe cele, organizacja, metody oddziaływań, monitoring rezultatów i uwarunkowania prawne, a także sposoby finansowania powinny stanowić przedmiot działań centralnych, ale także cel badań i wdrożeń naukowych (granty) realizowanych wspólnie z ośrodkami uniwersyteckimi.

6.5. Współpraca z systemem pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej

NPOZP 2011–2015 nie wprowadził żadnych nowych, efektywnych mechanizmów współpracy z pomocą społeczną i mechanizmów aktywizacji zawodowej. Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne są eliminowane z aktywnego funkcjonowania społecznego, w szczególności z rynku pracy; w przypadku schizofrenii poziom bezrobocia przekracza 90% z powodu wielokrotnych hospitalizacji. To wykluczenie staje się źródłem wtórnych cierpień, a z czasem głównym problemem zdrowotnym pacjentów; bez systemu rehabilitacji i aktywizacji, proste „przemieszczenie” pacjentów ze stacjonarnych form opieki do form środowiskowych, będzie rozwiązaniem pozornym, nie dającym nadziei na dalszy rozwój.

Biorąc pod uwagę rozłączność kompetencyjną resortów, w chwili obecnej można wyłącznie wprowadzić system programów i wspólnych rad – działających z udziałem przedstawicieli ochrony zdrowia (z jednej strony), a przedstawicielami pomocy społecznej i urzędów pracy (z drugiej strony), które umożliwiłoby rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb pacjentów psychiatrycznych zgodnie z ich kompetencjami i społecznymi potrzebami.

Tego typu **RADY ŚRODOWISKOWE** powinny ustalać diagnozę psychospołeczną i ustalać rekomendacje, w jaki sposób można zaspokoić potrzeby pacjentów. Generalnie, wskazywałyby pacjentom dwa kierunki działań:

1. Zaspokojenie potrzeb społeczno-medycznych, np. objęcie świadczeniami ZLS, środowiskowy dom samopomocy, zasiłki, wsparcie opiekunów pacjenta, asystent osoby niepełnosprawnej, czy nowowprowadzany dzienny pobyt dla niepracujących osób powyżej 60. roku życia.
2. Aktywizacja zawodowa. Praktycznie niewykonalna jest aktywizacja pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi w systemie otwartego rynku pracy. Nie udało się to w żadnym systemie na świecie. Takie zadania mogłyby być wykonywane jedynie w ramach systemowych programów ułatwień, zachęt i wsparcia (np. trener pracy). Główną grupą, do której adresowany byłby taki program, powinny być osoby młode, chore na schizofrenię. Niewątpliwie podstawowym mankamentem obecnych rozwiązań jest zanik systemu pracy chronionej i form ekonomii społecznej.

Należy wprowadzić, wzorem systemów zachodnich specjalistów typu „case managerów” – opiekunów pacjentów. **OPIEKUNOWIE PACJENTÓW** powinni mieć dwojakie kompetencje:

- terapeutyczne,
- prawno-organizacyjne, w zakresie reprezentowania i wsparcia pacjenta w zadaniach społeczno-zawodowych.

6.6. Zmiany organizacyjne w realizacji programu

Niepowodzenie realizacji NPOZP w okresie 2011–2015 wynikało w dużej mierze z braku wsparcia przez lokalne środowiska i braku struktur realizacyjnych. W programie 2011–2015 ani razu nie odwołano się wprost do aktywności psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów, tworząc program bez wykonawców.

W pierwszej kolejności należy zreformować system konsultacyjnych Rad Zdrowia Psychicznego (krajowej, wojewódzkich, powiatowych), by zapewnić w nich decydujący udział psychiatrów.

1. Powołania do rad powinni otrzymać, ze względu na swoje kompetencje, zgodnie z rejonem działania, wszyscy kierownicy CZP, a także wszyscy kierownicy klinik uniwersyteckich oraz innych, uniwersyteckich zakładów psychiatrycznych.
2. Konieczny jest udział prezesów i przewodniczących towarzystw i stowarzyszeń działających w obszarze psychiatrii. W Radach Zdrowia Psychicznego powinni uczestniczyć w szczególności przedstawiciele reprezentatywnych towarzystw naukowych (np. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej, Towarzystwa Neuropsychiatrycznego i innych) oraz organizacji NGO.
3. Powiatowe/dzielnicowe rady zdrowia psychicznego powinny zawierać w sobie pełny skład wcześniej opisanych Rad Środowiskowych, zespalaających funkcjonowanie lokalnych CZP oraz jednostek pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej.
4. Kompetencje Rad Zdrowia Psychicznego powinny zostać rozszerzone tak, by ich opinie były obligatoryjnie uwzględniane w centralnych i lokalnych projektach, a także w postępowaniach konkursowych i grantowych.

6.7. Finansowanie

Ustalenie optymalnego poziomu wydatków publicznego płatnika na psychiatrię jest trudne, ale możliwe. Przede wszystkim powinno być odnoszone do warunków europejskich, a zwłaszcza – Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim w odniesieniu do krajów środkowo- i wschodnioeuropejskich UE. Wg *European Observatory on Health Systems and Policies*, we współpracy z WHO, zdecydowana większość krajów tego rejonu mieści swoje wydatki na psychiatrię (z reguły publiczne) w zakresie 5–10%. Jedynie mniejszość, w tym Polska (3,5% w 2011), ma poziom niższy.

Tabela 2 Struktura wydatków NFZ na świadczenia psychiatryczne

Plany finansowe NFZ (po zaktualizowaniu)	Na 2011 (29.12.2011)	Na 2012 (19.12.2012)	Na 2013 (31.07.2013)	Na 2014 (30.10.2014)	Na 2015 (07.01.2015)
B2.4 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 045 558	2 184 167	2 281 869	2 328 173	2 371 152
B – koszty realizacji zadań w planie B1+B2+B3+4	58 399 651	64 159 700	65 713 105	66 966 998	67 890 083
Udział 1 w 2 (%)	3,5027	3,4043	3,4725	3,4766	3,4926

Niskie wynagrodzenia pracowników doprowadziły do tego, że Polska jest krajem o proporcjonalnie najniższej liczbie psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych w UE. Decyduje w tym przypadku konkurencja wewnątrz kraju, jak i emigracja zarobkowa. Niewystarczające finansowanie psychiatrii doprowadziło do dekapitalizacji infrastruktury polskiej psychiatrii i jej nierównomiernego rozmieszczenia.

Jak wynika z Tabeli 2, wydatki (określane w planie NFZ jako „koszty”) praktycznie nie zmieniały się w okresie działania NPOZP 2011–2015 i wynoszą praktycznie stale ok. 3,5%. Bezwzględne zmiany (faktyczny wzrost) w zakresie tych środków nie jest aż tak istotny w porównaniu z proporcją wydatków na psychiatrię do całości wykorzystanych środków. Wynika to z faktu uwarunkowań kosztowych działalności, zbliżonych we wszystkich specjalnościach, np. płac lekarzy i pielęgniarek. W Estonii, podobnym pod wieloma względami systemie, również w okresie modernizacji, minimalne wynagrodzenia dla lekarzy w psychiatrii wynoszą: 1500 Euro – bez specjalizacji, a dla specjalistów – 2500 Euro (bez dyżurów). Faktyczne wynagrodzenia są jeszcze wyższe, ponieważ podmioty samodzielnie zwiększają te wynagrodzenia by uniknąć emigracji lekarzy do innych krajów europejskich. Stawka (zwykła) za osobodzień hospitalizacji wynosi 78 Euro, zaś w przypadku przyjęcia bez zgody – 166 Euro. Stawka zwykła jest więc ponad 2-krotnie wyższa niż w Polsce. Ponadto, w naszym kraju nie ma wzrostu stawek w przypadku przyjęć bez zgody. Podobne relacje kosztowe – na niekorzyść Polski, występują w porównaniu do większości innych krajów regionu.

W przeglądzie sytuacji ekonomicznej należy ponadto odnotować spadek o 29% wydatków na refundowane leki psychiatryczne na przełomie lat 2011/2012. Oszczędności w tym zakresie nie zostały zrekompensowane wprowadzeniem nowych, bardziej innowacyjnych leków po roku 2011.

System nie premiuje świadczeń ciągłych, kompleksowych, specjalistycznych czy wysokokwalifikowanych, np. uniwersyteckich. Jedyne zróżnicowanie finansowania ma charakter regionalny i w istocie jest przypadkowe.

Finansowanie świadczeń psychiatrycznych nie powinno być limitowane. Większość najbardziej kosztotwórczych świadczeń dotyczy leczenia schizofrenii i pozostałych psychoz. Tymczasem liczba pacjentów chorych na schizofrenię jest stała, a metody skutecznego leczenia przejrzyste określone i dające się stosunkowo łatwo wycenić. W tej sytuacji, świadczenia psychiatryczne wydają się stosunkowo proste do zbilansowania. To realizacja określonych zadań powinna ustalić właściwą strukturę kosztów i udział w planie płatnika. Przy czym, najprawdopodobniej rację mają ci wskazujący, że dopiero przekroczenie 5% w planie wydatków NFZ będzie skutkowało istotnym doszacowaniem działalności psychiatrycznej.

Obecna (2015), kolejna próba obiektywizacji finansowania psychiatrii przez AOTMiT (tylko świadczenia szpitalne) wydaje się jedynie utrzymywać obecny poziom finansowania. Przedmiotem tej analizy nie było bowiem „jak być powinno” lecz „jak jest”. Np. nie brano pod uwagę CZP. Z tego punktu widzenia praca AOTMiT to wyłącznie materiał poglądowy.

Obecny deficyt kadr w psychiatrii jest przede wszystkim wynikiem niskich wynagrodzeń personelu. Kombinacja różnych czynników, jak możliwości emigracji zarobkowej, wyboru innych specjalności, zacofania placówek psychiatrycznych i nieatrakcyjności psychiatrii jako takiej, powoduje, że w Polsce liczba psychiatrów pozostających w zawodzie jest 2x niższa od optymalnej (<10/100.000 mieszkańców), a psychiatrów dzieci i młodzieży – 3x niższa. Dodatkowo, należy w tych szacunkach uwzględniać ograniczanie aktywności psychiatrów w obszarze publicznej medycyny i przechodzenie do sektora prywatnego. Niezależnie od modelu przekształceń, kluczowa jest odpowiednia liczba miejsc rezydenckich kształcenia dla psychiatrów.

Jeden z najniższych udziałów psychiatrii w produkcie krajowym brutto w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej powoduje, że iluzoryczne jest poszukiwanie rezerw w samym systemie opieki psychiatrycznej. Niskie zasoby finansowe utrudniają bądź uniemożliwiają modernizację w oparciu o własne środki zakładów. Niemal całkowity brak rozwoju prywatnych zakładów psychiatrycznych w Polsce, dowodzi nieopłacalności lub jedynie „granicznego” bilansowania się tych świadczeń. Liczba łóżek psychiatrycznych jest jedną z najniższych wśród 10 „nowych” (wschodnich) członków Unii Europejskiej. 25-letni okres wolnej Polski zapisał się niechlubnie, jeżeli chodzi o reformę psychiatrii. Generalnie doszło do likwidacji połowy liczby łóżek w dużych szpitalach (co było w jakiejś mierze pożądane), przy niewielkiej jedynie ich redystrybucji do innych lokalizacji. Pozostałe łóżka nie są jednak sprofilowane (wyspecjalizowane) oraz niemal nie istnieje infrastruktura świadczeń pośrednich i opiekuńczych (hosteli, mieszkań chronionych, zespołów leczenia środowiskowego, ośrodków rehabilitacji, ośrodków dziennego pobytu, zakładów aktywizacji zawodowej, itp.), których w dojrzałym systemie powinno być praktycznie tyle samo, co miejsc (łóżek) w systemie instytucjonalnego leczenia. W rezultacie, wszędzie tam w Polsce, gdzie podjęto próbę stworzenia infrastruktury świadczeń pośrednich, nie nastąpiła redukcja liczby hospitalizacji.

W modernizacji polskiej psychiatrii, zarówno w rozbudowie infrastruktury, jak i szkoleń pracowników, a także w opracowaniu i realizacji programów terapeutycznych, warto wykorzystać środki pomocowe (unijne, mechanizm norweski i szwajcarski). Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w okresie 2016–2020 będzie realizowany dokładnie w tym samym czasie, kiedy Polska otwiera się na nową perspektywę pomocową (2014–2020).

6.8. Strategie reformy

Przed legislatorami i realizatorami reformy psychiatrii stoi wybór strategii finansowo-zarządczej. Można wskazać kilka modeli zmian.

MODEL A („finansowy”)

Kierowanie przekształceniami w psychiatrii wyłącznie za pomocą kryteriów opłacalności wybranych, preferowanych świadczeń.

Zalety:

- Prosty sposób zarządzania, ukierunkowany na wzrost dostępności do wybranych świadczeń.
- Zaangażowanie infrastrukturalnych środków publicznych jest ograniczone.
- Instytucje angażują się pośrednio, akceptując dostosowanie podmiotów i struktur.
- Rozwiązanie jest niezależne od przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia.

Wady:

- Wymaga zapewnienia bezwzględnej opłacalności świadczeń.
- Wymaga świadomego, elastycznego zaangażowania NFZ (płatnika), który ponosi główny ciężar przemian.
- W praktyce, pozwala zbudować jedynie niespecjalistyczną część opieki psychiatrycznej (CZP), nie wymagającą kapitałochłonnych, bardziej ryzykownych inwestycji.
- W systemie wzrastałby udział podmiotów niepublicznych (prywatnych), nie realizujących celów innych oprócz komercyjnych, jak np. celów edukacyjnych, rozwoju kadry, celów opiekuńczo-socjalnych, aktywizacji zawodowej, itp.

MODEL B („działań uzupełniających”)

Inwestowanie w jedynie brakujące – terytorialnie lub fachowo - elementy systemu opieki psychiatrycznej.

Zalety:

- Plan wynikający z kryzysu finansów publicznych.
- Inwestycje wynikające wyłącznie z faktycznych potrzeb, a nie potrzeb prognozowanych.
- Uzupełnienia sieci placówek: głównie terytorialne – podstawowej opieki w CZP, w niewielkim stopniu – opieki specjalistycznej.
- Zaangażowanie ograniczonych własnych środków finansowych, jedynie poprzez zagospodarowanie dotychczas nieefektywnie wykorzystywanych struktur ochrony zdrowia.

Wady:

- Program obciążający wyłącznie podmioty publiczne.
- Program realizowany niezależnie od zaangażowania NFZ (płatnika), czyli bez gwarancji finansowania udzielanych świadczeń i z podwyższonym ryzykiem dla zaangażowanego kapitału.
- Proces powolnej modernizacji części jednostek i równoczesnej dekapitalizacji innych.
- Brak przełomowych efektów systemowych.
- Brak rozwoju kompleksowych, wysokospecjalistycznych świadczeń psychiatrycznych.
- Brak aktywnego zaspokajania potrzeb cywilizacyjnych.
- Obniżenie jakości świadczeń.
- Wzrastające ryzyko deficytu kadry.

MODEL C („zarządzania jakością”)

Inwestowanie w strategiczne, wysokospecjalistyczne centra diagnostyczno-terapeutyczne.

Zalety:

- Zarządzanie całym systemem w sposób pośredni, za pomocą zarządzania jakością świadczeń, przede wszystkim na szczeblu wojewódzkim.
- Nakłady skoncentrowane w centrach wypełniających strategiczne dla województwa zadania publiczne, oferujących szybki, nieograniczony dostęp dla osób wymagających pierwszej diagnozy, diagnozy różnicowej lub diagnozy związanej z zastosowaniem zaawansowanych technik i badań dodatkowych, a także będących miejscem ustalania wzorca leczenia oraz umożliwiające wyspecjalizowaną pomoc w szczególnych potrzebach, jak psychogeriatryka, psychiatria dzieci i młodzieży, psychiatria sądowa, psychoterapia, centra interwencji kryzysowych w przypadkach zagrożeń samobójczych, detoksykacji, zagrożeń cywilizacyjnych, chorób psychosomatycznych lub innych.

- Możliwość tworzenia jednostek odpowiadających prognozom demograficznym i wyzwaniom cywilizacyjnym (starzenie się społeczeństwa, kryzysy związane z fazą życia, wypalenie zawodowe, nowe typy uzależnień).
- Brak konkurencji innych podmiotów (niewielkie ryzyko zmarnotrawienia kosztownych inwestycji).
- Możliwość kształcenia fachowej kadry, poprzez połączenie systemu staży i zatrudnienia oraz tworzenia wyższych (licencjackich) zawodowych szkół medycznych dla różnorodnych pracowników medycznych i opiekuńczych.
- Łatwe przejście do nielimitowania części świadczeń psychiatrycznych.

Wady:

- Ambulatoryjne świadczenia realizowane przez różnorodne podmioty: CZP, lekarzy rodzinnych i podmioty niepubliczne, bez zapewnienia korzyści z ciągłości i kompleksowości świadczeń.
- Potrzeba podniesienia opłacalności wysokospecjalistycznych świadczeń.

MODEL D („decentralizacji szpitali”)

Przekształcenie obecnych zakładów (szpitali) psychiatrycznych w centra zarządzające regionalnymi sieciami CZP.

Zalety:

- Powierzenie wyznaczonej spółce całości zadań w danym regionie – zapewnienie dostępu do kompletu świadczeń gwarantowanych.
- Zarządzanie przez spółkę siecią lokalnych placówek – centrów zdrowia psychicznego.
- Możliwość rozwoju i utrzymania ciągłości świadczeń, od poziomu podstawowego (ambulatoryjnego) do poziomu specjalistycznego.
- Decentralizacja świadczeń.
- Centralizacja (ekonomizacja) najdroższej części świadczeń – całodobowych hospitalizacji.
- Efektywne zarządzanie ograniczoną kadrą medyczną.
- Możliwość wiązania się siecią świadczeń nawet z konkurującymi, nisko kapitałowymi podmiotami regionalnymi, jak gabinety prywatne, ambulatoria i oddziały dzienne.
- Łatwe przejście do nielimitowania wszystkich świadczeń psychiatrycznych.

Wady:

- Brak konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami.
- Utrzymanie systemu wielkich szpitali.

MODEL E („priorytet CZP”)

Wypowiedzenie obecnych umów i ogłoszenie nowych konkursów na sieć Centrów Zdrowia Psychicznego.

Zalety:

- Płacenie za hospitalizację poprzez CZP będzie sprzyjać ograniczeniu liczby i czasu hospitalizacji, kształtując odpowiednią do potrzeb bazę szpitalną.
- Faktyczny związek (odpowiedzialność) powiatu (dzielnicy) nad mieszkańcami.
- Powiązanie z systemami powiatowymi pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej.
- Wszystkie zalety opieki lokalnej, podobnie do systemu lekarzy rodzinnych.

Wady:

- Względny brak konkurencji pomiędzy CZP.
- Ryzyko nadmiernego ograniczenia bazy szpitalnej w psychiatrii.
- Ryzyko praktycznie zaniku świadczeń specjalistycznych w psychiatrii.

Wydaje się, że przyjęcie Modelu E („priorytet CZP”) jest w tej chwili kluczowe, jednak doświadczenie innych krajów (np. USA, 1963 Act), wskazują na potrzebę uzupełnienia tych działań, co najmniej o Model C („zarządzania jakością”), by nie dopuścić do utraty bazy świadczeń wysokospecjalistycznych. Oba modele w istocie łączą działania na szczeblu powiatowym (dzielnicowym) i wojewódzkim.

Powyższe modele nie są ze sobą konkurencyjne, lecz praktycznie uzupełniają się. Zakresy odpowiedzialności i decyzji (np. centralny, samorządowy) oraz źródła finansowania (NFZ, budżet, środki pomocowe, środki prywatne) są różne, ale wzajemnie uzupełniające. Ta wielość podmiotów i konieczność ich współpracy oznacza podstawową potrzebę – przyjęcia priorytetu dla rozwoju psychiatrii przez Państwo. W bieżącej sytuacji organizacyjnej i ekonomicznej, należy racjonalnie wykorzystywać ograniczone zasoby, z koncentracją wydatkowanych środków na przyjętych priorytetach.

7. WNIOSKI I REKOMENDACJE KOŃCOWE

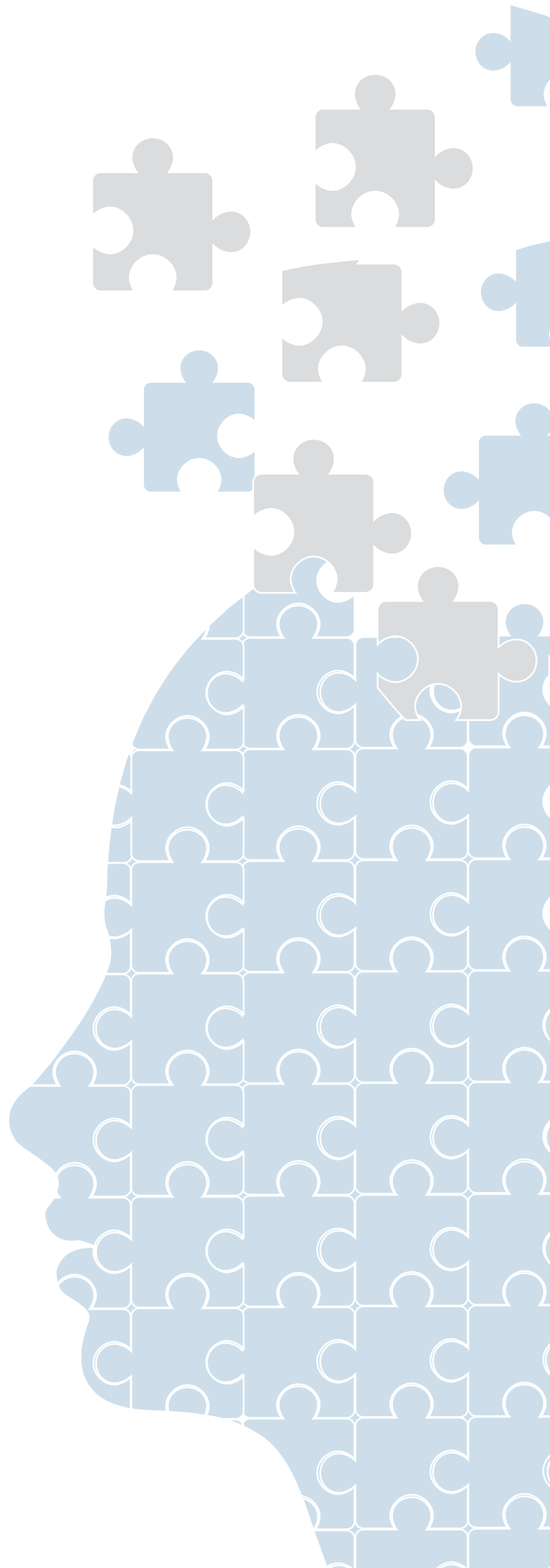
1. Zapewnienie pełnej dostępności pacjentów do optymalnego modelu leczenia psychiatrycznego, jako priorytetu zdrowotnego Państwa.
2. Zapewnienie wieloletniego, minimalnego poziomu finansowania świadczeń w rodzaju psychiatrii i leczenie uzależnień w wysokości nie mniejszej niż 5% środków zapisanych w planie finansowym NFZ.
3. Zapewnienie finansowania ze środków budżetowych oraz pomocowych, pochodzących z nowej perspektywy (2014–2020), w celu realizacji koniecznych inwestycji, a w szczególności tworzenia systemu Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP).
4. W celu zapewnienia pełnej koordynacji oraz właściwego kierunku zmian, utworzenie lub wzmocnienie systemu Rad ds. Psychiatrii – o charakterze konsultacyjno-doradczym, na poziomie krajowym, wojewódzkim i powiatowym (dzielnicowym), wzmacniając ich uprawnienia i reprezentatywność.
5. Utworzenie z dniem 1 stycznia 2017 systemu Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie całej Polski.
6. Utworzenie Rad Środowiskowych działających na poziomie powiatów (dzielnic) i łączących pracę/zadania z zakresu ochrony zdrowia z pomocą społeczną i aktywnością urzędów pracy, umożliwiając rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb pacjentów psychiatrycznych, zgodnie z ich kompetencjami i społecznymi potrzebami.
7. Powstanie centralnego ośrodka lub powierzenie zadań z zakresu planowania, organizacji, monitorowania i statystyki wdrażania NPOZP.
8. Opracowanie i sfinansowanie programów szkoleniowych personelu medycznego wykonującego świadczenia zdrowotne i inne zadania realizowane w Centrach Zdrowia Psychicznego.
9. Wprowadzenie, wzorem systemów zachodnich, systemu „case managerów” – opiekunów pacjentów, mających dwojakie kompetencje: terapeutyczne oraz prawno-organizacyjne w zakresie reprezentowania i wsparcia pacjenta w zadaniach społeczno-zawodowych.
10. Opracowanie i wdrożenie programów zdrowotnych (programów profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych), odnoszących się do podstawowych problemów zdrowia psychicznego.
11. Opracowanie i sfinansowanie programów rehabilitacji leczniczej – w ramach prewencji rentowej ZUS – dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w celu zmniejszenia zjawisk wykluczenia społecznego oraz zapewnienia możliwości kontynuacji aktywności zawodowej.

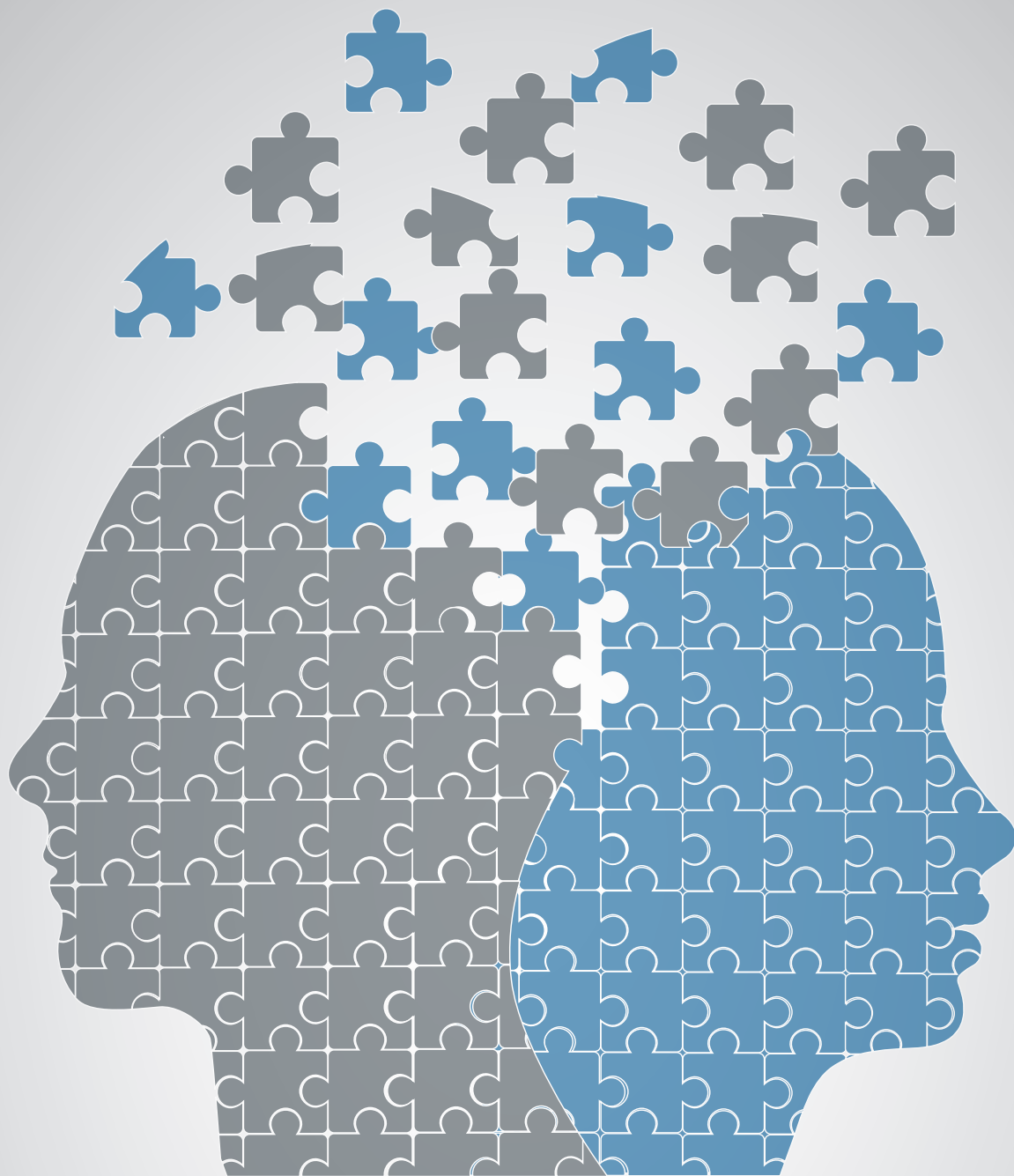
ISBN: 978-83-63558-05-5

Wydawca: Fundacja Ius Medicinae, Warszawa 2015

Współpraca: Fundacja Wygrajmy Zdrowie, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Publikacja powstała w ramach projektu „Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego” realizowanego przez Fundację Ius Medicinae w Programie Obywatele dla Demokracji finansowanym ze środków EOG.





www.twojprawapacjenta.pl

www.prawapacjenta.eu