

**INFORMACJA ZE SPOTKANIA
SEKCJI OCHRONY ZDROWIA NARODOWEJ RADY ROZWOJU**

w dniu 9 lutego 2016 r.

**poświęconego problemom zdrowia psychicznego i psychiatrycznej opieki
zdrowotnej**

Sytuacja zdrowia psychicznego w Polsce

- 1. Zaburzenia psychiczne stanowią istotny problem epidemiologiczny i społeczny.** W 2010 r. przeprowadzono w Polsce pierwsze szerokie badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia („Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”). Badanie objęło ponad 10 tysięcy respondentów dobranych w losowej próbie osób między 18-64 r. ż. W badanej próbie u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Wśród nich, co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta - trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja. Należy zaznaczyć, że depresja poprzez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym. Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznawano u 3,5% respondentów. Dużą grupę zaburzeń stanowią zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8 %), w tym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwami nadużywania alkoholu.
- 2. Coraz poważniejszym problemem są samobójstwa.** Wg danych Komendy Głównej Policji łączna liczba zamachów samobójczych wyniosła w 2014 r. 10 207, w tym samobójstw dokonanych – 6 165, Zamachy samobójcze zakończyły się zgonem wśród 5 237 mężczyzn oraz 928 kobiet. Najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 20-24 lat – 1015 oraz wśród osób w wieku 30-34 lat – 1005. Dane uzyskane w badaniu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” są znacznie bardziej niepokojące

niż statystyki Policji. Badanie to wykazało, że 0,7% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na populację Polski pozwala szacować liczbę osób mających za sobą próbę samobójczą na 189 tysięcy.

3. **System leczenia psychiatrycznego nie odpowiada skutecznie na potrzeby.** Jest niesprawny, cechuje się brakiem wystarczających zasobów i ich nierównym rozmieszczeniem, a przede wszystkim dominacją jednostronnej, ubogiej oferty dużych szpitali psychiatrycznych przy znacznym niedoborze opieki środowiskowej. Niedostateczne, nieracjonalne finansowanie, dyskryminujące w stosunku do innych dziedzin opieki zdrowotnej, nie wystarcza na potrzeby bieżące, ani na odtwarzanie zasobów, ani na inwestycje. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) przeznaczone na leczenie psychiatryczne stanowią zaledwie 3,4% ogółu wydatków (bez leków), podczas gdy postulowany w oparciu o dane z krajów Unii Europejskiej minimalny poziom finansowania ze środków publicznych wynosi 5,0%. Jeszcze bardziej niepokojąca jest struktura wydatków, w której aż 70% pochłania opieka stacjonarna, a tylko 1 % opieka środowiskowa.
4. **Prawa, godności i potrzeby osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych w Polsce są systematycznie naruszane.** Wskazują na to zarówno sprawozdania Rzecznika Praw Obywatelskich jak i raporty Najwyższej Izby Kontroli. Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich z realizacji przez Polskę zobowiązań wynikających z realizacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w latach 2012-2014 wskazuje, że w Polsce, dominuje archaiczny model totalnej opieki instytucjonalnej zamiast usług wspierających świadczonych w środowisku zamieszkania. Stan ten znacząco ogranicza prawa osób z niepełnosprawnościami, w tym chorujących psychicznie do prawa do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo, gwarantowane przez art. 19 Konwencji. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, w celu realizacji ich praw niezbędne jest, między innymi zintensyfikowanie działań dotyczących odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności (tzw. deinstytucjonalizacja).
5. **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2011-2015,** ustanowiony przez Radę Ministrów w grudniu 2010 r., miał doprowadzić do znaczącej poprawy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Celem NPOZP była przede wszystkim zmiana tradycyjnego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opartego głównie na izolacji w szpitalu psychiatrycznym, na model środowiskowy przybliżający zróżnicowane formy leczenia i oparcia społecznego do miejsca zamieszkania pacjenta. Należy odnotować, że NPZOZ był pierwszą przyjętą na szczeblu krajowym po 1989 r. strategią mającą na celu poprawę jakości życia i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, unowocześnienie opieki psychiatrycznej oraz podnoszenie świadomości społecznej i uwrażliwienie społeczeństwa

na problematykę zaburzeń psychicznych. Z jego przyjęciem wiązano nadzieje na osiągnięcie oczekiwanych zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia psychicznego.

6. **Mimo dobrze określonych celów i zadań pierwsza edycja NPOZP na lata 2011-2015 okazała się porażką, przede wszystkim z powodu zaniechań władz publicznych.** Działania na rzecz stopniowego odchodzenia od tradycyjnego modelu opieki, m.in., poprzez tworzenie coraz liczniejszych formy opieki pozaszpitalnej, mają w Polsce wieloletnią tradycję. Jednakże proces ten w ostatnich latach przebiega bardzo wolno i obejmuje ograniczone obszary kraju. Oddziały i łóżka opieki całodobowej zlokalizowane w dużych szpitalach psychiatrycznych i zakładach opiekuńczych ponad trzykrotnie przeważają nad liczbą oddziałów i łóżek w szpitalach ogólnych. Zwiększenie liczby łóżek (+625) w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, nie wpływa na zmniejszenie dużych szpitali. Zamiast spodziewanej około 20% redukcji następuje paradoksalny wzrost liczby łóżek a proces przejmowania opieki w środowisku jest daleko niewystarczający. Nadal utrzymuje się znaczna koncentracja łóżek w starych, często położonych peryferyjnie szpitalach psychiatrycznych, obok których funkcjonują zakłady opiekuńcze (ZOL, ZLO), utworzone organizacyjnie z dawnych oddziałów szpitalnych. Zwraca uwagę – niezmiennie od lat – mała liczba hosteli, formy opieki przewidzianej dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających treningu usamodzielniającego. Opieka ambulatoryjna dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi dostępna jest formalnie prawie we wszystkich powiatach (90%) w kraju. Faktyczna dostępność ma charakter bardziej złożony, ponieważ poradnie pracują w różnym wymiarze godzin tygodniowo (ok. 30% poradni czynnych jest zaledwie od 1 do 3 dni w tygodniu) oraz z bardzo zróżnicowaną liczebnie i fachowo obsadą personelu. Opieka psychiatryczna (bez uzależnień) sprawowana jest w sposób rozdrobniony w słabo zintegrowanych lub niezintegrowanych placówkach, zarządzanych przez ok. 1200 podmiotów.
7. **Oczekiwania i nadzieje związane z upowszechnieniem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej nie spełniły się.** Jednym z warunków wdrożenia postulowanych w NPOZP zmian jest wprowadzenie sposobu finansowania opieki psychiatrycznej sprzyjającego modelowi opieki nastawionemu na kompleksowe zaspokojenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na określonym terytorium zamieszkałym przez ok. 50-200 tys. mieszkańców (powiat, kilka powiatów, dzielnica wielkiego miasta). Można szacować, że już obecnie ok. 150 - 200 podmiotów, dysponuje możliwościami utworzenia centrów zdrowia psychicznego (CZP), realizujących model zintegrowanej opieki środowiskowej. Kontynuowanie finansowania hospitalizacji psychiatrycznych według osobodnia nie sprzyja redukcji łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych i nie wyzwala większego zainteresowania rozwojem form opieki pozaszpitalnej, a w sytuacji ograniczonych środków, wpływa na ich niedofinansowanie.

8. **Szansą na przeprowadzenie kompleksowej i systemowej reformy opieki psychiatrycznej może być druga edycja NPOZP na lata 2016-2020.** Projekt drugiej edycji Programu został przygotowany i przedstawiony w grudniu 2015 r. przez zespół powołany przez Ministra Zdrowia Jego głównym celem jest 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 poprzez wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego. Drugim głównym celem jest rozwój badań naukowych i systemów informacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego.
9. **Zgodnie z projektem NPOZP podstawową opiekę psychiatryczną powinna zapewniać określona przez ministra zdrowia sieć lokalnych, równomiernie rozmieszczonych (środowiskowych) centrów zdrowia psychicznego** o odpowiedzialności terytorialnej obejmującej określoną jednostkę (lub kilka jednostek) podziału administracyjnego kraju (powiat, dzielnica wielkiego miasta lub duża gmina) zamieszkałą przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców. Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca z obszaru działania centrum. Centrum powinno składać się z zespołów: ambulatoryjnego (przychodni), środowiskowego (mobilnego), dziennego (oddział dzienny) i szpitalnego (oddział przy lokalnym szpitalu ogólnym). W przypadku braku oddziału opiekę stacjonarną może zapewniać najbliższy szpital psychiatryczny. Centrum finansowane byłoby na zasadzie budżetu globalnego obliczanego proporcjonalnie do liczby mieszkańców. Zgodnie z doświadczeniami różnych krajów europejskich (np. tzw. budżety regionalne we Włoszech i Niemczech) taki sposób finansowania najbardziej sprzyja deinstytucjonalizacji opieki i rozwojowi modelu środowiskowego. Zmiany wymaga funkcja i rola dużych szpitali psychiatrycznych. Szpitale te przede wszystkim powinny zapewniać opiekę stacjonarną dla działających w okolicy centrów zdrowia psychicznego (nie posiadających całodobowego oddziału psychiatrycznego), pełnić funkcję ponadlokalnego ośrodka specjalistycznego oraz ośrodka sądowo-psychiatrycznego o różnym poziomie zabezpieczenia. Konieczne jest także wskazanie zakresu zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków pomocy społecznej i opieki zdrowotnej oraz instytucjonalne zapewnienie koordynacji ich świadczenia.

REKOMENDACJE DLA MINISTERSTWA ZDROWIA

po spotkaniu Sekcji Ochrony Zdrowia z 9 lutego 2016 r. na temat zdrowia psychicznego

1. Przeprowadzenie systemowej i kompleksowej reformy opieki psychiatrycznej, której głównym celem jest wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego;
2. Podstawą reformy powinien być przyjęty i realizowany Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) zgodnie z projektem opracowanym przez Zespół powołany przez Ministra Zdrowia;
3. Przyjęcie zmian w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego koniecznych do realizacji NPOZP, w tym nałożenie na Ministra Zdrowia odpowiedzialności za realizację reformy, a także powołanie ośrodka koordynacyjnego o charakterze międzyresortowym kierowanego przez Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. Zdrowia Psychicznego;
4. Wprowadzenie zmiany zasad finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kierunku budżetu na populację 50-200 tys. mieszkańców (odejście od zasady płacenia za usługę);
5. Promocja, profilaktyka i edukacja w zakresie zdrowia psychicznego wymagają odpowiedniego umocowania przedstawicieli środowisk pacjenckich i psychiatrycznych w Radzie ds. Zdrowia Publicznego przy Ministrze Zdrowia;
6. Realizacja programów pilotażowych w celu przetestowania nowych rozwiązań finansowych i organizacyjnych;
7. Opracowanie projektu wykorzystania środków unijnych na wprowadzenie modelu opieki psychiatrycznej opartego na deinstytucjonalizacji i opiece koordynowanej, z wykorzystaniem środków na ochronę zdrowia i system pomocy społecznej, niezbędne szkolenia i zmianę postrzegania zaburzeń psychicznych w społeczeństwie oraz przygotowanie lokalnych liderów zmiany;
8. Przygotowanie „map potrzeb zdrowotnych” adekwatnych do planowanej reformy;
9. Podjęcie działań na rzecz wzrostu liczby specjalistów z zakresu zawodów dotyczących ochrony zdrowia psychicznego, np. poprzez uznanie psychiatrii za specjalność deficytową;
10. Opracowanie zmiany modelu finansowania psychiatrii sądowej – delegacja budżetowa z Ministerstwa Sprawiedliwości.