

RODZINY

ISSN 2300-1372

Półrocznik

NR 17/18

Wrzesień 2015

Czasopismo dla rodzin osób chorujących psychicznie

Anna Dymna
Prezes Fundacji „Mimo Wszystko”



Przyjęcie delegacji osób protestujących
przez Wojewodę Małopolskiego Jerzego Millera



Pikieta przed Małopolskim Urzędem Wojewódzkim w Krakowie w dniu 3 września 2015 r.,
w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego



Łukasz Cichocki
Konsultant ds. psychiatrii
Województwa Małopolskiego



Anna Czech
Dyrektor Szpitala w Tarnowie

Drodzy Czytelnicy!

Przekazujemy na Wasze ręce kolejny podwójny numer czasopisma RODZINY, który w całości poświęciliśmy zagadnieniom koniecznej reformy opieki psychiatrycznej w Polsce. Znajdziecie w nim Państwo przykłady licznych starań i zaangażowania wielu środowisk w ratowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zapóźnienia w jego realizacji skłoniły środowiska lekarzy psychiatrów, psychologów, pracowników naukowych, rodzin i osób chorujących psychicznie, ale także organizacje seniorów, do coraz głośniejszego i odważniejszego upominania się o równą dostępność do leczenia, rehabilitacji i wsparcia dla osób chorujących psychicznie i rodzin.

Na etapie konsultacji społecznych związanych z opracowywaniem i procedowaniem nad nową ustawą o zdrowiu publicznym, powyższe środowiska zgłaszały konieczność włączenia działań na rzecz zdrowia psychicznego jako jednego z istotnych elementów zdrowia publicznego. Największym jednak zdumieniem i szokiem okazał się fakt, że w tzw. przepisach końcowych ostatecznie zaproponowanej przez Ministerstwo Zdrowia ustawy o zdrowiu publicznym zaproponowano wykreślenie (po ciuchu, bez konsultacji z Radą ds. Zdrowia Psychicznego ani Komisją Reformy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) całego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z ustawy o ochronie

zdrowia psychicznego, a tym samym zaniechania rozpoczętych reform i budowania psychiatrii środowiskowej.

W niniejszym numerze przedstawiamy liczne petycje, listy i oficjalne stanowiska wysyłane do Ministerstwa Zdrowia i Premier Ewy Kopacz przez środowiska naukowe, Rzecznika Praw Obywatelskich, organizacje pozarządowe, a także liczne pikety przed urzędami wojewódzkimi w całej Polsce zorganizowane w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, które są wyrazem obywatelskiej postawy bardzo wielu osób i spójnym, silnym głosem tych wszystkich, którym zdrowie psychiczne i jakość oferowanej Polakom opieki psychiatrycznej nie są obojętne.

Swego rodzaju kronikę działań podsumowującą kontekst prawny i kolejne etapy debaty publicznej przedstawił w swoim tekście Dariusz Baran.

Dziś już wiemy, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego pozostał w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, został jednak mocno osłabiony i zdegradowany: nie ma finansowania, nie ma instytucji odpowiedzialnej za jego realizację, a dodatkowo wykreślono z ustawy obowiązek składania Radzie Ministrów rocznych sprawozdań z postępów jego realizacji, co ułatwi ukrywanie zaniedbań.

Pozostaje jednak nadzieja i silna determinacja profesjonalistów, rodzin i pacjentów, którzy nie mogą już dłużej biernie przyglądać się, jak Rząd i politycy omijają zdrowie psychiczne i skazują osoby chorujące i ich rodziny na gorszą jakość opieki, niejednokrotnie życie na skraju ubóstwa, dyskryminację i społeczne odrzucenie.

Życzę inspirującej lektury,

Agnieszka Lewonowska-Banach

Redaktor naczelny

Polecamy także czasopismo „DLA NAS”



RODZINY

REDAKTOR NACZELNY

Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”

REDAKTOR MERYTORYCZNY

Józef Bogacz – terapeuta rodzinny
Ośrodek Terapii i Rehabilitacji Psychoz. Poradnia Rodzinna

RADA MERYTORYCZNA

Prof. dr hab. Bogdan de Barbaro
Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CMUJ – Kraków

Maria Radwańska
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Kraków

Anna Bielańska
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej – Kraków

ks. Arkadiusz Nowak, Magda Bojarska
Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej – Warszawa

Zofia Puchelak
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Kraków

Jolanta Gierduszewska
Stowarzyszenie „Wzajemna Pomoc” – Radom

Barbara Oleksińska
Stowarzyszenie „Otwarty Umysł” – Rzeszów

Teresa Kara
Lubuskie Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Gorzów Wielkopolski

Dorota Trybis
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” – Kraków



ADRES REDAKCJI

ul. Bałuckiego 6,
30-318 Kraków
tel. 012 266 11 02

Nakład: 3000 egz.

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD

Krzysztof Banach

KONTAKT

<http://www.rodziny.info>
e-mail: stowarzyszenie@rodziny.info

Niezamówionych materiałów
Redakcja nie zwraca.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania
i adiacji nadesłanych materiałów.

RODZINY

WRZESIEŃ 2015



LIKWIDACJI NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W NUMERZE:

Jacek Wciórka, Andrzej Cechnicki

List otwarty — O ratunek dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2

Maria Radwańska

Potrzeby i oczekiwania rodzin osób chorujących psychicznie 3

Irena Lipowicz

List Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia 5

Jacek Wciórka

Ekspertyza zlecona przez Marszałka Sejmu przed uchwaleniem Ustawy o zdrowiu publicznym w wyniku konsultacji środowiska psychiatrów, pacjentów i rodzin 7

Anna Martynowska

Rodziny w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 14

Andrzej Cechnicki

Uchwała XIII Forum Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie 15

Dariusz Baran

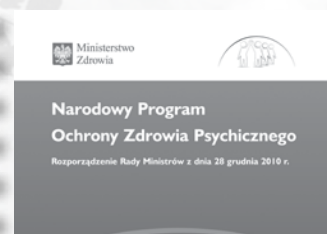
Ratowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 16

Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”

Pikiety w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 20

Andrzej Cechnicki, Anna Liberadzka

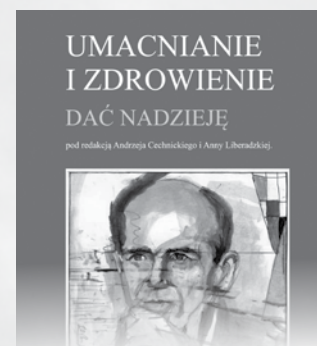
„UMACNIANIE I ZDROWIENIE — DAĆ NADZIEJĘ” —
promocja książki III s. okładki



*O ratunek dla NPOZP -
str. 2*



*„Rodziny w obronie NPOZP”
str. 14*



*Promocja książki
„Umacnianie i zdrowienie -
dać nadzieję”*

*Druk numeru 17-18 czasopisma RODZINY został sfinansowany ze środków własnych
Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne” pozyskanych z 1% podatku*

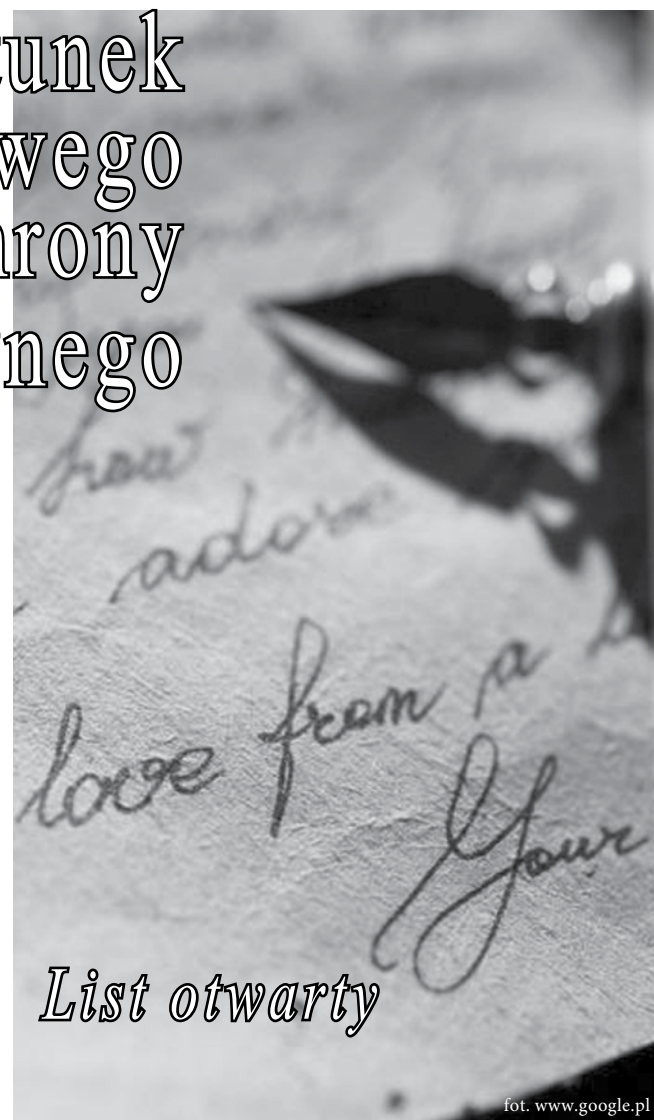
O ratunek dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Warszawa/Kraków, 13 sierpnia 2015 r.

W Sejmie pospiesznie rozpatrywana i głosowana jest propozycja likwidacji obecnego usytuowania prawnego, oraz roli i znaczenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Program ten, dotąd zapisany w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, z wielkim trudem i oporem realizowany jest od 2011 roku, w bliskiej współpracy z lokalnym samorządem, przez szerokie środowisko profesjonalistów, rodzin i pacjentów, którym bliska jest idea humanistycznej i zorientowanej na osobę reformy opieki psychiatrycznej w naszym kraju.

Sprawa opieki psychiatrycznej w Polsce powinna być priorytetem polityki zdrowotnej z uwagi na społeczny aspekt zdrowia psychicznego, które wymaga kompleksowych rozwiązań i znacznie szerszego podejścia niż w chorobach somatycznych. Co czwarta rodzina doświadcza trudności związanych z chorobą psychiczną, co czwarty obywatel naszego kraju ma różnorodne problemy ze zdrowiem psychicznym, a co dziesiąty cierpi na poważne zaburzenia psychiczne. W rosnącej liczebnie grupie seniorów około 20% to osoby cierpiące na różne dolegliwości psychiczne. NPOZP dawał wszystkim nadzieję na kompleksową i dostosowaną do ich potrzeb opiekę, dostępną blisko miejsca zamieszkania, najlepiej w środowisku domowym. Nadzieję na stopniowe przezwyciężenie dramatycznej sytuacji leczenia psychiatrycznego i uniknięcie widma jego ostatecznej zapaści.

Propozycja likwidacji ustawowej rangi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, poprzez przeniesienie go do projektowanego przez Ustawę o zdrowiu publicznym Narodowego Programu Zdrowia jako jednego z jego wielu celów operacyjnych, zdecydowanie obniża jego rangę, znaczenie i rolę. Byłby to przejaw jawnego lekceważenia i niesprawiedliwości wobec wszystkich, którzy oczekują zdecydowanej reformy obecnego systemu opieki psychiatrycznej, a wśród nich szczególnie korzystających z tego systemu osób chorujących psychicznie, poczynając od



List otwarty

fot. www.google.pl

dzieci i młodzieży, przez wszystkie etapy cyklu życiowego aż do seniorów, a także ich rodzin.

Chcemy podkreślić, że Ustawodawca nie konsultował tak daleko idącej zmiany prawa z Radą do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, ani przedstawicielami Komisji Reformy Opieki Psychiatrycznej i NPOZP Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, czyli z dwoma najpoważniejszymi gremiami współpracującymi z Ministerstwem Zdrowia nad realizacją NPOZP w latach 2011-2015 i programem jego kontynuacji na lata 2016-2020. Nie uwzględnił też stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich wyrażonego w liście do Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2015 roku.

Uważamy, że opinia publiczna powinna zapoznać się z krytycznym wnioskiem zawartym w opracowanej na zlecenie Sejmu ekspertyzie pt: Ocena ustawy a o zdrowiu publicznym ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych regulacji dotyczących zagadnień ochrony zdrowia psychicznego (druk nr 3675).

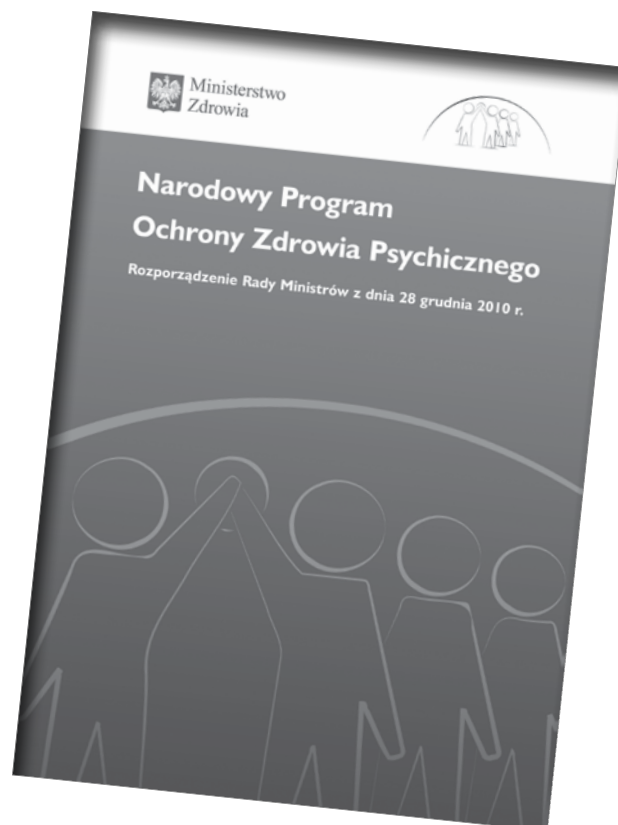
... proponowana w art. 20 pkt 1 i 2 ocenianej ustawy likwidacja dotychczasowego usytuowania prawnego NPOZP jest błędem i może spowodować szkody związane z bardzo prawdopodobnym, ostatecznym zaniechaniem systemowej reformy systemu opieki psychiatrycznej. Należy wykreślić te

zapisy i przystąpić do konstruowania nowej edycji NPOZP na lata 2016-2020 wg dotychczasowych zapisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (szersze uzasadnienie w p. 2.2.5.2 pełnej ekspertyzy). (...) W ewentualnym, nowym stanie prawnym – po uchwaleniu Ustawy o zdrowiu publicznym – niektóre działania promocyjne, profilaktyczne i destygmatyzacyjne NPOZP mogłyby zostać przeniesione do Narodowego Programu Zdrowia. Jesteśmy świadkami sytuacji, której konsekwencje dla systemu opieki psychiatrycznej będą analogiczne do takiej, która dotknęłaby opieki onkologicznej, gdyby ktoś poważał się postąpić podobnie z Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Pomóżcie nam, aby do tego nie doszło.

Prof. dr hab. Jacek Wciórka
Przewodniczący Komisji ds. Reformy i NPOZP ZG PTP

dr hab. Andrzej Cechnicki
Przewodniczący Porozumienia na rzecz NPOZP



POTRZEBY I OCZEKIWANIA RODZIN OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

Od kilku lat w psychiatrii dostrzegana jest rola rodziny, jako sprzymierzeńca w leczeniu osób chorujących psychicznie. Od pewnego czasu rodziny mówią o swoich potrzebach i oczekiwaniach.

Prezentują swoje stanowisko na różnych seminariach, konferencjach, forach odbywających się w różnych miastach w Polsce: w Krakowie, Rzeszowie, Wadowicach, Warszawie, Wrocławiu. Niektóre z nich były poświęcone problemom rodzin w całości, lub w sekcjach tematycznych (ich tytuły to m.in. „Rozwój samopomocy rodzin”; „Rodzina partnerem w leczeniu” – IX Forum 2011, Kraków; „Rodzina jako podstawowe wsparcie dla osoby chorującej psychicznie”, Rzeszów 2008; „Choroby psychiczne i rodzina – Odwrót choroby i wyzdrowienie – ku lepszej jakości życia” – IV Międzynarodowy Kongres EUFAMI, Toruń 2007).

Předstawiciele rodzin zabierają głos w tej sprawie również na łamach czasopisma „Rodziny”, ukazującego się od 2007 r. Wielokrotnie też sama wypowiadałam się na ten temat. W dzisiejszej prezentacji chciałabym dokonać próby podsumowania zarówno wypowiedzi przedstawicieli rodzin, jak i moich własnych doświadczeń i przemyśleń.

Potrzeby i oczekiwania rodzin osób chorujących psychicznie można ująć w grupy spraw odnoszących się do:

1. Dobrego kontaktu ze służbą zdrowia.
2. Zapewnienia informacji o chorobie.
3. Objęcia wsparciem i terapią.
4. Potrzeby permanentnej edukacji w zakresie problematyki związanej z chorobami psychicznymi.
5. Zrozumienia problemu choroby psychicznej, jako problemu ogólnospołecznego przez władze

państwowe, samorządowe, lokalne.

Spróbujemy pokrótce rozwinąć te punkty:

Dobry kontakt ze służbą zdrowia

- potrzeba zwykłej ludzkiej życzliwości, unikanie traktowania rodziny „z góry” jak natręta i ignoranta;
- odpowiedniego czasu na rozmowę lekarza-psychiatry w czasie pierwszego zachorowania osoby

bliskiej, jak i następnych wizyt;

- ścisłej współpracy lekarza, psychologa, pacjenta i rodziny na drodze leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, czyli faktycznego wprowadzenia zasady trójprzymierza z jednym wspólnym celem, jakim jest dążenie do zdrowienia osoby chorującej.

Zapewnienie informacji o chorobie

- przekazanie pełnej informacji o chorobie psychicznej, podanie tych informacji w sposób przystępny, zrozumiały, podanie podstawowych danych o przebiegu i rokowaniach;
- informacji o działaniu leków, ich skutkach ubocznych, konsekwencji odstawienia leków;
- podstawowe informacje o sposobach postępowania z chorującym w czasie ostrego kryzysu, remisji i nawrotach;
- wypracowanie możliwości (sposobu) poinformowania rodziny o stanie zdrowia pacjenta w przypadku, gdy chory nie wyraża na to zgody. Tajemnica lekarska jest dobrą sprawą w ogóle, ale w przypadku choroby psychicznej jest przeszkodą

w niesieniu pomocy i wsparcia ze strony najbliższych. Jak wówczas mówić o wspomnianym wcześniej „trójprzymierzu”?

Objęcie wsparciem i terapią

- informacja o możliwościach i formach wsparcia;
- potrzeba tworzenia grup wsparcia przy oddziałach szpitalnych i poza nimi tak, aby umożliwić wymianę doświadczeń między rodzinami i opiekunami chorych;
- samowspieranie się rodzin (tutaj rola Stowarzyszeń);
- możliwość uczestnictwa w grupach terapeutycznych, prowadzonych przez lekarzy-psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów.

Potrzeba permanentnej edukacji w zakresie problematyki związanej z chorobami psychicznymi

- stałe cykle szkoleniowe dla rodzin i opiekunów, uczenie postępowania z chorymi, radzenie sobie z najtrudniejszymi problemami;
- seminaria tematyczne, tematy mogą być proponowane przez profesjonalistów lub członków

rodzin;

- edukowanie młodzieży szkolnej w starszych klasach szkół podstawowych, gimnazjach i liceach, z nadzieją, że to przyczyni się do zapobiegania stygmatyzacji chorujących;
- zwiększenie ilości godzin dotyczących zdrowia psychicznego na studiach medycznych, szkolenia dla już zatrudnionych w różnych działach służby zdrowia;
- szkolenia w zakresie specyfiki chorób psychicznych dla niektórych urzędników i służb publicznych (np. urzędników MOPS, ZUS-u, Policji) oraz potencjalnych pracodawców;
- oczekiwania od mediów, aby właściwie pełniły swoją rolę edukacyjną i promocyjną, aby oswajały społeczeństwo z pojęciem chorób psychicznych, celem zmniejszenia wykluczenia i negatywnego przedstawiania obrazu osoby chorującej.

Zrozumienie problemu choroby psychicznej, jako problemu ogólnospołecznego przez władze państwowe, samorządowe i lokalne

- wdrożenie reformy psychiatrycznej zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego z 2010 r.;
- potrzeba zwiększenia finansów dla służby zdrowia, w tym dla psychiatrii;
- opracowania projektów zatrudnienia dla osób z niepełnosprawnością psychiczną, zapobieganie dyskryminacji na rynku pracy, skuteczniejszego działania w celu powstrzymania likwidacji i zmniejszania ilości zakładów i stanowisk pracy chronionej (np. likwidacja „Zielonego Dołu”);
- oczekujemy pomocy w wypracowaniu takich systemów prawnych w zakresie orzecznictwa, aby nie pozostawiać bez środków utrzymania tak ciężko dotkniętych chorych. Ostatnio coraz częściej spotykamy się z krzywdzącymi decyzjami w obszarze orzecznictwa,



fot. www.google.pl

cofaniem grup niepełnosprawności i rent. Ponieważ tak trudno jest o zatrudnienie osoby chorującej psychicznie, koszt utrzymania i leczenia spada na rodziców w starszym wieku, często z niskimi emeryturami;

- pilnych regulacji prawnych wymagają sprawy mieszkań chronionych, zwiększenie ich liczby, wypracowania „ścieżek prawnych” dla przekształcania mieszkań własnościowych w mieszkania chronione bądź wspierania, aby po śmierci opiekunów czy rodziców w sposób niekrzywdzący przeszły na

chorujące dorosłe dzieci;

- oczekujemy większego zainteresowania samorządów terytorialnych, władz lokalnych inicjatywami środowiskowymi i wsparcia organizacyjnego i finansowego.

Niektóre potrzeby i oczekiwania rodzin są w różnym stopniu realizowane zwłaszcza w większych miastach, jak Kraków. Chcielibyśmy, aby zmiany na lepsze następowały również w mniejszych ośrodkach.

Maria Radwańska
Stowarzyszenie Rodzin
„Zdrowie Psychiczne” Kraków

Referat wygłoszony na XIII Forum Psychiatrii Środowiskowej, Beneficjentów, Rodzin i Profesjonalistów, 11-12 czerwca 2015 r.

Notatka o autorze

Maria Radwańska, dr nauk humanistycznych, absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego i Uniwersytetu Wrocławskiego, bibliotekoznawca, długoletni adiunkt Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, członek Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne” w Krakowie, autorka wielu wypowiedzi na łamach czasopisma „Rodziny” oraz na konferencjach i forach.

List Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Irena Lipowicz

Warszawa, 21 lipca 2015 r.

V.7016.35.2014.MS
(RPO-712556-V/12/GM)

Pan
Marian ZEMBALA
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Objęcie stanowiska ministra przez Pana Profesora skłania mnie do ponownego przedstawienia najważniejszych spraw, w których nie udało się od lat uzyskać pozytywnego stanowiska resortu zdrowia. Należy do nich m.in. psychiatria. Z rosnącą obawą obserwuję bowiem pogarszającą się sytuację w tej dziedzinie ochrony zdrowia. Dużym rozczarowaniem okazał się też Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, ustanowiony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128), który, zgodnie z § 1 ust. 2 tego rozporządzenia, realizowany miał być w latach 2011 – 2015. Samo przyjęcie Programu, bez przygotowania koniecznych zmian legislacyjnych i zabezpieczenia środków budżetowych na realizację wyznaczonych w tym dokumencie celów, nie przyczyniło się bowiem w żaden

sposób do poprawy warunków, w jakich obecnie świadczona jest opieka psychiatryczna.

Do powyższych wniosków upoważniają mnie zarówno wyniki prowadzonych przeze mnie wizytacji w szpitalach psychiatrycznych, jak też ustalenia z kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izby Kontroli w zakresie przestrzegania praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym (kontrola NIK nr P/11/093). Wszystkie te badania w sposób jednoznaczny wskazują, że ta dziedzina ochrony zdrowia jest trwale niedofinansowana, a brak odpowiednich nakładów finansowych w sposób widoczny wpływa na warunki leczenia w szpitalach psychiatrycznych oraz na stan przestrzegania praw pacjentów tych szpitali. Rażąco przykładem zaniedbań w dziedzinie psychiatrii jest choćby wielokrotnie sygnalizowana przeze mnie sprawa dramatycznych warunków panujących w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (sprawa ta prowadzona jest w moim Biurze pod nr V.7016.112.2014.MS). Jakkolwiek, po wielokrotnych monitach z mojej strony, z budżetu państwa wyasygnowano ostatecznie środki na poprawę warunków opieki świadczonej przez Instytut, to jednak fakt, że stało się to dopiero w połowie 2015 r., podczas gdy sytuacja tej placówki znana była co najmniej od roku 2010, świadczy o braku jakiegokolwiek spójnej strategii w zakresie poprawy jakości leczenia psychiatrycznego w Polsce.

Jednym z zadań, jakie Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego nałożył na resort zdrowia, było opracowanie i realizacja programu zdrowotnego, dotyczącego właśnie stymulowania restrukturyzacji i finansowania bazy

stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Zadanie to służyć miało zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, a także innych form opieki, w tym niezwykle ważnej, pozaszpitalnej opieki środowiskowej. W mojej ocenie, założenia te nie zostały zrealizowane. **Wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego od początku napotykało trudności, nie tylko natury finansowej, ale też systemowej, związanej z brakiem regulacji prawnych, niezbędnych do realizacji podstawowych celów Programu.** Tutaj przykładem może być zgłaszana przeze mnie luka w obowiązujących przepisach prawa, związana z brakiem w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.) jakichkolwiek regulacji dotyczących funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego, które stanowić miały podstawę modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej. Problem ten sygnalizowałam już w wystąpieniach z 3 grudnia 2012 r. i 30 grudnia 2013 r., kierowanych do ówczesnego Ministra Zdrowia (sprawa nosiła wówczas nr RPO-712556-V/12/GM, obecnie V.7016.35.2014.MS). W wystąpieniach przywoływałam stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,

z którego jasno wynikało, że brak odpowiednich regulacji prawnych uniemożliwia Funduszowi podpisywanie umów o udzielanie świadczeń z centrami zdrowia psychicznego. W odpowiedzi z dnia 23 stycznia 2014 r. (pismo nr MZ-ZP-P-073-27511-5/AA/14) Minister Zdrowia wyraził jednak opinię, dzieląc przy tym moje obawy, że założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego są w tym zakresie optymistyczne, ale nie przystają do sposobu organizacji funkcjonujących podmiotów leczniczych. Minister poinformował mnie jednocześnie o trwających wówczas pracach legislacyjnych, które zakładały odejście od nakreślonej w Programie formy centrów. W konsekwencji, wprowadzenie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego podstawowej regulacji dotyczącej działalności centrów zdrowia psychicznego stało się realne dopiero po tym, jak Rada Ministrów w dniu 7 lipca 2015 r. przyjęła projekt ustawy o zdrowiu publicznym, w której znalazł się przepis zmieniający w tym zakresie ustawę o ochronie zdrowia psychicznego.

Realizacja założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wymagała zatem zabezpieczenia odpowiednich środków budżetowych oraz podjęcia niezbędnych prac legislacyjnych, które, jak wskazałam wyżej, stworzyłyby ramy prawne, konieczne do realizacji poszczególnych celów Programu. W ten sposób Program, razem z powiązanymi z nim projektami aktów prawnych, stanowiłby kompleksowy mechanizm naprawczy, dzięki któremu możliwe byłoby wyprowadzenie ochrony zdrowia psychicznego z zapaści, w jakiej dziedzina ta znajduje się obecnie. Tymczasem zakres toczących się prac nad Narodowym Programem Zdrowia, a w szczególności fakt, że Program ten w założeniu zawierać ma również wytyczne dla ochrony zdrowia psychicznego, wskazuje, że osobny program dla psychiatrii nie będzie kontynuowany. Istnienie zatem ryzyko, że konieczność reformy ochrony zdrowia psychicznego i poprawy warunków świadczenia usług przez szpitale, a także pilna potrzeba stworzenia, w zasadzie od podstaw, systemu pozaszpitalnej opieki psychiatrycznej zejdą na dalszy plan wśród innych potrzeb związanych z ochroną zdrowia i rynkiem usług medycznych.

Mając na uwadze powyższe obawy, a także ze względu na koniec mojej kadencji jako Rzecznika Praw Obywatelskich, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. z 2014 r. poz. 1648) zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o osobisty wgląd w niniejszą sprawę i ponowną analizę skutków, jakie przyniesie likwidacja osobnego programu naprawczego dla psychiatrii.

Z poważaniem,
Irena Lipowicz



Ekspertyza

Zlecona przez Marszałka Sejmu przed uchwaleniem Ustawy o zdrowiu publicznym w wyniku konsultacji środowiska psychiatrów, pacjentów i rodzin.

Ocena ustawy o zdrowiu publicznym ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych regulacji dotyczących zagadnień ochrony zdrowia psychicznego (druk sejmowy nr 3675).

Warszawa, 1 sierpnia 2015 r.

1. UWAGI WSTĘPNE

1.1 Metodyka ekspertyzy

Pprzedstawiony dokument sejmowy nr 3675 zawiera obok tekstów projektu i uzasadnienia ustawy o zdrowiu publicznym (Uzp) również projekt i uzasadnienie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia (dalej: NPZ) oraz projekt i uzasadnienie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje

Wprocesie konsultacji społecznych projektu ustawy o zdrowiu publicznym nie był on konsultowany przez ekspertów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego (np. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [PTP], Instytutu Psychiatrii i Neurologii [IPiN], czy Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii). Proces konsultacji toczył się równolegle i niezależnie od prac i konsultacji dotyczących kontynuacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2016-2020. Wchłonięcie NPOZP przez regulacje Uzp stanowiły bez wątpienia zaskoczenie. Z tego powodu ekspertyza ta jest w zasadzie pierwszą próbą zmierzenia się z proponowaną, daleko idącą zmianą

dotychczasowej koncepcji NPOZP – jego usytuowania prawnego, roli i zadań. To podnosi związany z nią poziom oczekiwań i powinności.

Krótki czas wyznaczony na przygotowanie tej ekspertyzy oraz przewidywany pośpieszny tryb uchwalania ustawy nie pozwalają na wymagającą czasu systematyczną, źródłową i opartą na dostępnych dowodach analizę i ocenę dokumentu, jeśli ma ono służyć pomocą przy podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji.

Wymagało to podjęcia dwóch decyzji ograniczających:

- *po pierwsze, rezygnacji ze wspomnianej aktualizacji kwerendy piśmiennictwa naukowego i fachowego;*
- *po drugie, skupienia uwagi na ochronie zdrowia psychicznego, jako jednego z zadań z zakresu zdrowia publicznego.*

Zawarte tu uwagi i oceny są oparte na mojej wieloletniej praktyce w publicznym lecnictwie psychiatrycznym, na intensywnie uczestniczącej obserwacji (redakcja projektu, wykłady, publikacje i badania o charakterze eksperckim i popularyzującym, uczestnictwo w krajowej, regionalnej i lokalnej radzie zdrowia psychicznego) w procesie przygotowania i wdrażania systemowej zmiany w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce (zinstytucjonalizowanej w NPOZP),

na znajomości dokumentów i opracowań (UE, WHO) dotyczących publicznego aspektu ochrony zdrowia psychicznego oraz piśmiennictwa poświęconego rozwiązaniom organizacyjno-prawnym dotyczącym ochrony zdrowia psychicznego na świecie.

Nie są mi obce bardzo trudne doświadczenie, zasadne nadzieje i racjonalne propozycje, jakie wobec stanu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce są udziałem jej użytkowników – pacjentów i ich rodzin. Należy z naciskiem podkreślić, że czynny udział tych „ekspertów przez doświadczenie” odgrywa na świecie coraz bardziej znaczącą rolę w projektowaniu regulacji i praktyki systemów ochrony zdrowia psychicznego, zwłaszcza w krajach zaawansowanych cywilizacyjnie.

1.2 Zdrowie psychiczne jako zagadnienie zdrowia publicznego

Zdrowie psychiczne jest bez wątpienia zagadnieniem zdrowia publicznego. W literaturze uzasadnia się to zwłaszcza:

- *rozdźwiękiem między obciążeniem zdrowotnym (mierzonym jako utracone lata życia skorygowane latami w niepełnosprawności, DALY's) a nakładami na przeciwdziałanie mu;*
- *ogromną skalą niezaspokojonych potrzeb (większość chorujących*

bez dostępu do teoretycznie dostępnego leczenia);

- dyskryminacją w dostępie do efektywnych źródeł pomocy i wsparcia (deficyt, niska jakość i oddalenie źródeł pomocy);
- tendencją do stygmatyzacji, czyli do naznaczania chorych, ich rodzin, a często także i instytucji pomocowych dyskredytującym piętnem indywidualnym, grupowym i strukturalnym, oraz znacznym ryzykiem wykluczenia społecznego.

Z badań wiadomo, że bez racjonalnej pomocy publicznej, organizowanej przez państwo, osoby obciążone ryzykiem różnorodnych kryzysów i chorób psychicznych lub już chorujące nie są w stanie poradzić sobie z oddziaływaniem tych zagrożeń. Rodzi to dla społeczeństwa trudne do zmierzenia i kompensaty straty w zakresie kapitału ekonomicznego i społecznego. Zaniechanie w tym względzie naruszałoby prawo. W preambule Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zapisano:

...zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa, a art. 1 tej ustawy stwierdza:

Ochronę zdrowia psychicznego zapewnijają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.

1.3 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

NPOZP ustanowiono mocą znówelizowanej w 2008 r. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a jego praktyczną realizację rozpoczęto w lutym 2011, po wejściu w życie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP, uchwalonego w końcu grudnia 2010 r.

Program obejmuje 3 cele główne. Pierwszy z nich zawiera zadania z zakresu promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania zaburzeniom psychicznym (wczesne wykrywanie, pomoc kryzysowa) oraz przeciwdziałania nierównemu traktowaniu i stygmatyzacji. Drugi cel dotyczy fundamentalnej zmiany polskiego systemu

ochrony zdrowia psychicznego, tj. przekształcenia zastanego, dominującego, niesprawnego modelu azylowego tej opieki w nowoczesny model środowiskowy wraz z niezbędnymi do tego celu działaniami koordynującymi poziomymi (lecznictwo – oparcie społeczne – uczestnictwo zawodowe) i pionowymi (szczebel krajowy – regionalny – lokalny). Trzeci cel – budowanie systemów informatycznych i prowadzenie badań naukowych – pełni służebną rolę wobec pozostałych dwóch.

Niestety, program realizowany był praktycznie przez rok, po czym z różnorodnych przyczyn uległ praktycznemu wygaszaniu, głównie z powodu trudnej do zrozumienia bierności i niezainteresowania głównych podmiotów realizujących (Ministerstwo Zdrowia, NFZ), co w konsekwencji spowodowało wygasanie rodzących się inicjatyw samorządowych. Posiedzenia Komisji Zdrowia Sejmu (2014/2015) w sprawie sprawozdań z realizacji Programu pozwalały oczekiwać, że niezbędna reforma opieki psychiatrycznej będzie jednak na nowo podjęta i kontynuowana w latach 2016-2020, czego domagali się eksperci i użytkownicy oraz co zapowiadali przedstawiciele rządu.

Więcej informacji na temat modeli opieki psychiatrycznej, stanu systemu tej opieki w Polsce, oraz NPOZP zawierają następujące publikacje:

1. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP Polska. Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2012.*
2. Najwyższa Izba Kontroli. *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. NIK. Delegatura we Wrocławiu Nr ewid.: 8/2008/P07165/LWR, Wrocław, marzec 2008 r.*
3. Najwyższa Izba Kontroli. *Informacja o wynikach kontroli. Przestrzeganie praw pacjenta*

w lecznictwie Psychiatrycznym. NIK Nr ewid. 19/2012/P/11/093/KZD. Warszawa, 2012.

4. Rzecznik Praw Obywatelskich. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. BRPO, Warszawa 2014.*
5. Thornicroft G., Tansella M., *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.*
6. Wciórka J., Pużyński S., Rybakowski J. (red.), *Psychiatria. T.3. Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wyd. 2 zmien. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012; zwłaszcza – Wciórka, Modele opieki psychiatrycznej, s. 586-597; Pietrzykowska, Langiewicz, Bronowski, Kaszyński, Prot, System ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, s. 598- 625, Wciórka, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, s. 626-634; Wciórka, Prot, Słupczyńska-Kossobudzka, Sosnowska, Psychiatria środowiskowa – ochrona zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej, s. 635-653.*

2. USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM (PROJEKT)

2.1 Uwagi ogólne

Ustawa o zdrowiu publicznym jest dokumentem potrzebnym i oczekiwanym. Przytaczane w uzasadnieniu projektu argumenty opisujące stan zaniedbania w tej dziedzinie są przekonujące.

Regulowana materia prawna obejmuje: wyliczenie zadań zdrowia publicznego, wskazanie podmiotów zobowiązanych lub dopuszczanych do realizacji tych zadań, uregulowania sposobu organizowania ciała doradczego (Rady) w sprawach zdrowia publicznego oraz sposób konstruowania Narodowego Programu Zdrowia i zarządzania

nim, a także zasad finansowania zadań zdrowia publicznego. Na końcu umieszczono przepisy zmieniające kilka istotnych ustaw, które dotychczas regulowały niektóre aspekty zdrowia publicznego oraz przepisy wprowadzające.

Prawdopodobnej roli i znaczenia ustawy nie sposób ocenić bez zapoznania się z projektem Narodowego Programu Zdrowia, ponieważ to on rozstrzyga o merytorycznym wyborze priorytetów zdrowia publicznego oraz sposobach ich rozwiązywania.

Bez znajomości nauki prawa trudno ocenić konstrukcję i język ustawy oraz jej spójność z innymi przepisami. Dlatego nie podejmuję ich oceny.

Z punktu widzenia interesariusza skutków ustawy wydaje mi się jednak, że w przepisach ustawy nadużywa się czasownika „móc” zamiast „odpowiadać” i terminów „koordynacja”, „koordynować” zamiast „kierowanie”, „kierować”. Ponieważ dotyczy to kluczowych dla funkcjonowania ustawy ról i czynności – ten sposób formułowania przepisów budzi niepokój o rozmywanie sprawczej roli i odpowiedzialności organów, instytucji i funkcji. Jeśli moc ustawy ma polegać na powodowaniu zmian i realnym, niepozorowanym otwieraniu niedocenianych lub niezauważonych do tej pory obszarów zdrowia publicznego – to tego typu dzielenie i zmiękczenie odpowiedzialności nie wydaje się dobrym prognostykiem.

W większości przepisów ustawy zdrowie psychiczne, jako problem zdrowia publicznego się nie pojawia – poza ogólnikowym wyliczeniem „zdrowia fizycznego i psychicznego” w art. 2. pkt 5 i powołaniem konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii do Rady do spraw Zdrowia Publicznego prawny (art. 7, ust. 1, pkt 3).

Istotne dla ochrony zdrowia psychicznego przepisy znalazły się natomiast w przepisach zmieniających – stanowią one daleko idącą, nietrafną ingerencję w istniejący stan prawny (art. 20, pkt 1 i 2), albo celowe, ale niedostatecznie sformułowane jego uzupełnienie (art. 20, pkt 3).

Poniżej uwagi bardziej szczegółowe

2.2 Uwagi szczegółowe

2.2.1 Zadania zdrowia publicznego

Zadania zdrowia publicznego zapisane w art. 2 ustawy obejmują zadania zaliczane zwykle do dziedziny zdrowia publicznego. Zaproponowane wyliczenie mogłoby być bardziej konsekwentne (zwarte i rozłączne), ale ostatecznie obejmuje zadania promocyjne (w tym edukację zdrowotną), działania profilaktyczne (w tym wczesne wykrywanie i redukcję zagrożeń oraz szkód w podstawowych środowiskach życia), monitoring zdrowotny (stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa, oraz dostępności, dostosowania i skuteczności świadczeń zdrowotnych), ograniczanie „nierówności w zdrowiu”, prowadzenie badań i współpracy międzynarodowej, szkolenie kadr dla zdrowia publicznego.

Proponowałbym, rozważenie następujących modyfikacji tekstu:

- w pkt. 6 zastąpienie sformułowania „analizę adekwatności i efektywności...” sformulowaniem: „analizę dostępności, dostosowania i skuteczności” świadczeń zdrowotnych – takie brzmienie lepiej, moim zdaniem, oddaje istotę oceny świadczeń zdrowotnych oferowanych przez publiczny system ochrony zdrowia, mianowicie, czy są one dostępne, czy odpowiadają potrzebom i czy są właściwej jakości;
- wpisanie pkt. 10, którego sformułowanie w sposób niezrozumiały odbiega od formuły pozostałych punktów, do pkt. 3 w następujący sposób: „promocję zdrowia, w tym prozdrowotnych cech odżywiania się, aktywności fizycznej i stylu życia” – w ten sposób wzbogacić można charakterystykę promocji zdrowia i zarazem uniknąć niekonsekwencji formuły pkt. 10.

2.2.2 Podmioty realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego

Projekt ustawy przypisuje organom administracji rządowej zasadniczą rolę w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i zakłada, że kieruje nią minister zdrowia. Ponadto przewidziano współudział wyspecjalizowanych agencji i jednostek państwowych oraz niektórych samorządów i organizacji pozarządowych.

Projekt najczęściej dość miękko zarysowuje zobowiązanie do podejmowania realizacji zadań zdrowia publicznego (w zasadzie nie pada słowo o obowiązku), co może oznaczać, że wskazane w ustawie podmioty mogą, ale nie muszą ich podejmować i raczej nie są mocno zobowiązane do współdziałania w tej sprawie, a dokonania w zakresie zdrowia publicznego wynikają raczej z dobrej woli zainteresowanych stron niż z ustawowego obowiązku.

Dla przykładu:

- samorząd gminy i powiatu może współdziałać z samorządem województwa (art. 3 ust. 3);
- Rada Ministrów może powołać pełnomocnika rządu (art. 4 ust. 4) – czy to rodzaj zaufania czy braku zaufania dla zdolności ministra zdrowia do realizacji zadań zdrowia publicznego?
- Minister Zdrowia sygnalizuje właściwym organom podmiotom potrzebę realizacji określonych zadań (art. 4 ust. 2 pkt 4) – ale czy się tym przejmuje?
- organy administracji rządowej realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego, współdziałając ze sobą (art. 3 ust. 1)
- minister zdrowia współdziała z organami władzy oraz instytucjami podległymi sobie i nadzorowanymi przez siebie (art. 5 ust. 1).

Nie jestem pewien, czy ten rodzaj grzeczności wynika z legislacyjnej poprawności, czy z zamierzonej bezradności i godzenia się z góry z możliwym oporem i sprzecznościami interesów? Kto w istocie jest odpowiedzialny

za zadania z zakresu zdrowia publicznego – minister właściwy dla spraw zdrowia czy „współdziałanie” wielu organów władzy, państwowych agencji i jednostek administracyjnych oraz ubiegających się o środki samorządów i organizacji pozarządowych. Czy ta ustawowa odpowiedzialność nie rozmywa się w tych wielopodmiotowych interesach, które minister koordynuje tylko, zamiast nimi kierować w interesie publicznym?

Biorąc pod uwagę smutne doświadczenia realizacji NPOZP mam przekonanie, że wyłuszczone wątpliwości nie są wydumany problemem, lecz mogą się okazać realną barierą.

W składzie organu doradczego ministra zdrowia (Rady ds. Zdrowia Publicznego) dominują przedstawiciele organów oraz profesjonalnych grup interesów (samorządy zawodowe i konsultanci wybranych dziedzin medycznych), a przedstawiciele o kompetencjach eksperckich (m.in. instytuty resortowe dziedzin obranych za cele operacyjne NPZ, innych placówek naukowych), jak i przedstawiciele użytkowników działań na rzecz zdrowia publicznego stanowią w nich zdecydowaną mniejszość. Sugeruje to, że Rada będzie raczej areną ścierania się zamkniętych interesów niż argumentów o żywotnym znaczeniu publicznym. Może warto ponownie rozważyć te proporcje?

2.2.3 Narodowy Program Zdrowia i jego Komitet Sterujący

Uwagi dotyczące merytorycznej zawartości NPZ przedstawię w p. 3 ekspertyzy

Nie mam zasadniczych uwag dotyczących konstrukcji Programu i zarządzania nim przez Komitet, jednak warte rozważenia jest każde wzmocnienie kontroli ciał zewnętrznych (Rząd, Parlament) nad jego realizacją, np. przez:

- *zamianę fakultatywności na obligatoryjność zgłaszania Prezesowi Rady Ministrów przez ministra zdrowia wniosków dotyczących realizacji NPZ (art. 11 ust. 1) – nie „może zgłaszać”, lecz „zgłasza”. W życiu publicznym raczej*

należy zakładać, że minister może ukrywać przed swym zwierzchnikiem fakty świadczące o swej nieporadności lub bezsilności!

- *zapisanie konieczności corocznego przygotowania przez ministra zdrowia składania Sejmowi przez Radę Ministrów sprawozdania (informacji) o realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego – cykl dwuletni (art. 12 ust. 8) bez wątpienia rozleniwia i utrudnia kontrolę. Coroczny rytm sprawozdań wymusi też racjonalizację zakresu i sposobu gromadzenia oczekiwanych informacji i przyspieszy ewentualną reakcję na zaniedbania, zaniechania i inne problemy.*

2.2.4 Zasady finansowania

Zasady finansowania realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego są, moim zdaniem, zapisane przejrzysto i nie budzą uwag.

To, co wzbudza uwagi i to krytyczne, a nawet nakazujące wyrazić wątpliwość w sensowność projektowanej ustawy to:

- *niestworzenie nowych mechanizmów finansowania zadań zdrowia publicznego adekwatnych do potrzeb i przedstawionej w uzasadnieniu do ustawy ostrej dysproporcji między zaniedbaniami a potrzebami w tej dziedzinie. Porzucono planowany wcześniej projekt utworzenia z różnych rozproszonych w systemie i często niewykorzystanych środków Funduszu Zdrowia Publicznego. Nowymi mechanizmami finansowania są jedynie możliwość wnioskowania do NFZ o sfinansowanie pewnych zadań oraz możliwość dotowania niektórych zadań z przez samorządy – są to jednak środki raczej niewielkie;*
- *ograniczenie środków udostępnionych wg projektu na realizację zadań zdrowia publicznego – suma niespełna 150 mln zł przeznaczana rocznie na ten cel z budżetu państwa –*

nie umożliwi podjęcia żadnych nowych, ambitnych zadań.

Liczni dysponenci udostępnianych środków mogą prowadzić rozproszoną politykę ich dysponowania, literalnie zgodną z zadaniami NPZ, lecz nie liczącą się z międzyregionalnymi, międzydziedzinowymi i innymi dysproporcjami potrzeb i zasobów. Przysłowiowa „niewidzialna ręka rynku” nie rozwiąże problemu racjonalności dysponowania skromnymi środkami na liczne i zaniedbane dziedziny zdrowia publicznego.

Procedury konkursowe nie zapewnią w tej sytuacji realizacji zadań o właściwie zaplanowanej i uzasadnionej efektywności zdrowotnej i kosztowej. Tylko niewiele projektów z zakresu zdrowia publicznego dysponuje właściwymi (evidence-based, value-based) argumentami przydatności.

Akcyjność, tymczasowość i doraźny charakter niektórych projektów z dziedziny zdrowia psychicznego (np. moda na programy przeciwdziałania i zapobiegania depresji, inspirowane przez głośnie samobójstwa lub producentów leków przeciwdepresyjnych) może być przykładem ogólniejszego zjawiska przejmowania środków niezbędnych na wiele innych potrzeb, mniej nagłośnień lub wręcz przemilczanych. Problem przeciwdziałania samobójstwom od lat przegrywa z przeciwdziałaniem śmiertelnym wypadkom drogowym, mimo że racjonalna ocena skali tych zjawisk nakazywałaby bardziej wyrównany podział środków.

Co gorsza, planując sztywne wydatki budżetowe na zdrowie publiczne, ustawa zamyka myśl o możliwym w przyszłości zwiększeniu środków aż do roku 2025.

2.2.5 Przepisy zmieniające

Z punktu widzenia ochrony zdrowia psychicznego ludności, najistotniejsze zapisy projektu ustawy o zdrowiu publicznym znalazły się w przepisach zmieniających inne ustawy. Oba zapisy proponują zmiany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i obie dotyczą NPOZP.

Jeden z tych zapisów (art. 20, pkt 3) odpowiada na postulowane od początku realizacji NPOZP wprowadzenie zasad organizacyjno-prawnych umożliwiających powstawanie i finansowanie, tym samym funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia centrów zdrowia psychicznego, podmiotów leczniczych odpowiedzialnych za oferowanie kompleksowych świadczeń psychiatrycznych ludności zamieszkującej określone terytorium.

Drugi z tych zapisów (art. 20, pkt 1-2) w istocie likwiduje zapisane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego postanowienia dotyczące NPOZP w dotychczasowej postaci i odsyła je do NPZ – takie jego umiejscowienie w systemie prawa zdecydowanie degradowało jego rangę, a w konsekwencji także cele, siłę oddziaływania i rolę, jaką może odegrać w systemie ochrony zdrowia psychicznego.

2.2.5.1 Funkcjonowanie centrum zdrowia psychicznego w systemie ochrony zdrowia

Art. 20 pkt 3 – to kluczowy zapis, który otwiera drogę do ewolucyjnego przekształcenia dominującego w Polsce i już wyraźnie niewydolnego, azyłowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w system środowiskowy. Istota tej zmiany polega na przeniesieniu odpowiedzialności za podstawową opiekę psychiatryczną z wielkich instytucji typu azyłowego (jednospecjalistyczne szpitale psychiatryczne) do centrów (ośrodków) zdrowia psychicznego, placówek mniejszych, oferujących opiekę kompleksową, usytuowanych możliwie blisko środowiska, w którym żyją pacjenci. Proponowana zmiana, polegająca na wprowadzeniu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego art. 5a:

Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej – jest słuszną, celową i potrzebna, ale niedostateczna!

Cytowana propozycja zapisu

otwiera drogę do rozwiązania problemu kompleksowości świadczeń psychiatrycznych. Jeśli jednak centrum zdrowia psychicznego ma w systemie ochrony zdrowia rozwiązywać realne problemy zdrowotne, a nie tylko zabiegać o realizację utargowanej liczby świadczeń, to musi zostać określona zasada jego terytorialnej odpowiedzialności, tzn. centrum musi podejmować odpowiedzialność za zdrowie psychiczne osób zamieszkujących określone terytorium, jeśli się do niego zgłoszą, a nawet wtedy, gdy ich motywacja do niezbędnego leczenia pozostaje ograniczona i wymaga wyjścia poza standardowe formy kontaktu medycznego. Dla odegrania takiej roli konieczne jest też, by miejsce udzielania świadczeń przez centrum nie było oddalone od pacjenta, np. jak dzieje się nieraz to dziś – w odległym krańcu województwa. Tylko tak rozumiana terytorialność otwiera placówkom psychiatrycznym możliwość skutecznego współdziałania ze zorientowanymi lokalnie placówkami oparcia społecznego, lokalnymi inicjatywami pozarządowymi oraz lokalnymi inicjatywami dotyczącymi różnorodnych form społecznego uczestnictwa i zawodowej aktywizacji dla osób zdrowiejących z kryzysów zdrowia psychicznego. Tylko tak rozumiana zmiana może skłonić płatnika do bardziej racjonalnego finansowania opieki psychiatrycznej (np. jednej z możliwych form ryczałtowania) i zaoferować mu bardziej adekwatne miary kontroli jego skuteczności.

Dlatego w celu zapewnienia zasady terytorialnej odpowiedzialności i miejsca udzielania świadczeń psychiatrycznych proponuję, by uzupełnić zapis art. 20, pkt 3 w następujący sposób:

...Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący na określonym obszarze centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi na tym obszarze w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej

Uważam tę zmianę za niezbędną, by koncepcja centrum zachowała swój reformatorski wpływ na system opieki psychiatrycznej w Polsce! Jest wiele przykładów

i wyliczeń w Europie oraz na świecie potwierdzających, że jest to droga celowa nie tylko sensie zdrowotnym, ale i ekonomicznym, ponieważ ogranicza koszty opieki psychiatrycznej oraz niewymierne i wymierne straty związane z brakiem adekwatnej oferty pomocy.

2.2.5.2 Degradacja (obniżenie rangi, roli i celu) Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Art. 20 pkt 1 i 2 eliminują z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zapisy ustanawiające Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i przenoszą jego ustawowe zadania, tj.

- *promocję zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;*
- *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;*
- *kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji;*
- *do NPZ, powołanego przez ocenianą tu ustawę o zdrowiu publicznym. Oznacza to degradację jego rangi, roli i możliwości oddziaływania.*

Dotychczas NPOZP miał korzystne umiejscowienie prawne, przejrzystą i całościową koncepcję zmiany, szczegółowo rozpisane zadania. Stanowił przemyślaną, przygotowywaną przez wiele lat i ostatecznie w zasadzie jednomyślnie przyjętą przez parlament koncepcję niezbędnej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego, zgodną z doświadczeniami modernizacyjnymi wielu innych krajów, a także z doświadczeniami rodzimymi, inicjowanymi lokalnie, mocą zaangażowania i cierpliwego entuzjazmu zainteresowanych ekspertów i społeczników.

Niepowodzenia w jego realizacji w latach 2011-2015 miały różnorakie przyczyny, ale jedną z głównych były, moim zdaniem, zamierzona bierność i aktywne niezainteresowanie głównych realizatorów (przede wszystkim MZ i NFZ, a w konsekwencji większości samorządów). Wybrano zaniechanie, choć program mógł być realizowany wolniej, etapami lub różnymi ścieżkami – lokalnie lub regionalnie – stosownie do uwarunkowań i potrzeb definiowanych przez realizatorów.

Uważam, że zaproponowana degradacja NPOZP będzie oznaczała w praktyce zaniechanie wspomnianej modernizacji. Zadania z zakresu zdrowia publicznego proponowane w ustawie o zdrowiu publicznym (art. 2) nie odnoszą się do realizacji zadania podstawowego dla reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego, jakim jest wspomniane wyżej „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”. A tym samym jej nie umożliwiają. Także realizacja zadań promocyjnych, profilaktycznych i destygmatyzacyjnych, choć mieściłaby się w zadaniach Uzp i działaniach NPZ, w oderwaniu od modernizacji systemu opieki psychiatrycznej straciłaby celowość i moc. Z wielu doświadczeń wynika bowiem, że najskuteczniejszym czynnikiem destygmatyzującym chorych psychicznie i instytucje psychiatryczne jest dobrze funkcjonujący, przyjazny system opieki psychiatrycznej. Co więcej, profilaktyka zaburzeń psychicznych polega obecnie głównie na wczesnej identyfikacji problemów i łatwej dostępności skutecznej pomocy – nie da się jej zainicjować, jeśli źródło pomocy jest niedostępne lub odstrasza oferowanymi warunkami. I wreszcie, promocja zdrowia psychicznego przestaje przekonywać, jeśli na funkcjonujące społecznie wyobrażenia o zdrowiu psychicznym przemożny wpływ wywierają odpychające realia złe funkcjonującej opieki psychiatrycznej.

Moim zdaniem, proponowane wchłonięcie NPOZP przez NPZ nie rozwiązuje problemów,

które utrudniały jego realizację, natomiast:

- *pozbawia go rangi regulacji ustawowej – tj. m.in. bezpośredniej kontroli parlamentarnej;*
- *buduje iluzje prawne – żadne z zadań zdrowia publicznego (art. 2 Uzp) nie dotyczy reformy systemu opieki psychiatrycznej, a wpisanie chaotycznie formułowanych zadań modernizacyjnych do NPZ nie obliguje do tej fundamentalnej, niełatwej zmiany – mogą one być łatwo zaniechane;*
- *gubi zapis strategii reformatorskiej zmiany modelu opieki psychiatrycznej;*
- *zacierza przejrzystość i wyrazistość proponowanej koncepcji i celu prowadzonej reformy;*
- *nie wskazuje ciała inicjującego, koordynującego i monitorującego przebieg zmiany – zastępując tę władczą odpowiedzialność swobodną grą interesów podmiotów realizujących;*
- *nie wskazuje konkretnych zadań do wykonania ani wskaźników ich realizacji;*
- *nie zwiększa finansowania, a przewidywane w Uzp środki na realizację celu operacyjnego C (NPOZP 2016-2020) pozostają w całkowitej dysproporcji do koniecznych nakładów na niezbędne inwestycje i bieżące funkcjonowanie, nie przewidują też żadnych nowych mechanizmów finansowania.*

W tej sytuacji proponowana zmiana rangi, roli i zadań NPOZP może zniweczyć nadzieję na rozpoczęcie reformy opieki psychiatrycznej w Polsce, zniechęcać do dobrych praktyk tam, gdzie zostały zainicjowane, konserwować złe praktyki i potęgować przekonanie o dyskryminującym podejściu do problemów opieki psychiatrycznej i jej użytkowników.

Z wymienionych powodów uważam, że likwidacja dotychczasowego usytuowania prawnego NPOZP proponowana w art. 20 pkt 1 i 2 ocenianej ustawy

jest błędem i może spowodować szkody związane z bardzo prawdopodobnym, ostatecznym zaniechaniem systemowej reformy opieki psychiatrycznej. I potęgować faktyczną niewydolność systemu, aż do ostatecznej zapaści.

W tym kontekście warto przypomnieć, że jednym z pierwszych impulsów do reformowania systemu opieki psychiatrycznej w Polsce był, wiele lat temu (1980), dramatyczny pożar zaniedbanego oddziału w Górnej Grupie, w którym spłonęło 55 chorych, a 26 uległo ciężkim poparzeniom. Upływ czasu od tamtego dramatu ukazuje skalę opóźnień modernizacyjnych w leczeniu psychiatrycznym, które nie może już dłużej czekać na realne działania. Obecny stan tego leczenia opieki jest przedmiotem krytycznych ocen Najwyższej Izby Kontroli, Rzecznika Praw Obywatelskich, wielu ekspertów i praktyków, oraz coraz częściej obiektem bulwersujących reportaży prasowych. Jest on też, niestety, codziennym, trudnym doświadczeniem wielu chorych, szukających pomocy.

3. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA (PROJEKT)

Przekazany mi dokument 3675 zawiera obok projektu ustawy o zdrowiu publicznym również tekst projektu Rozporządzenia Rady Ministrów ustanawiającego zawarty w załączniku projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Status prawny tego dokumentu nie jest jasny – traktuję go jako wstępną wersję projektu rozporządzenia, która wymaga jeszcze konsultacji społecznych i eksperckich oraz doprecyzowania ostatecznej formy. W obecnej postaci ma on zapewne stanowić ilustrację zamierzeń dotyczących NPZ – projektu kluczowego programu sytuującego ogólne zapisy ustawy o zdrowiu publicznym w realiach zdrowia publicznego w Polsce.

Z całą pewnością włączenie do celów operacyjnych NPZ zagadnień zdrowia psychicznego jest słuszne i potrzebne (por. p. 1.2

tej ekspertyzy). Cel operacyjny C formułowany jest jako „poprawa dobrostanu psychicznego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”, a w innym miejscu tekstu jako, po prostu, „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego”.

Niestety, lektura merytoryczna rozwiniecia tego celu operacyjnego – jego koncepcja, przejrzystość, konsekwencja, rozłączność i trafność zapisu proponowanych działań – pozostawia tyle wątpliwości i niejasności oraz wrażenie chaosu koncepcyjnego, że trzeba odnieść się do tego tekstu raczej jak do nader wstępnego zapisu dobrych skądinąd intencji niż do regulacji, która mogłaby być oceniana jako instrument rozwiązywania poważnych zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym wypadku – publicznych aspektów zdrowia psychicznego.

Poniżej kilka uwag dotyczących konstrukcji celu operacyjnego C.

- **Podmioty realizujące.**
Podmiotem realizującym ma być minister zdrowia we współdziałaniu z innymi resortami, których ogólna lista nie jest spójna z listami bardziej szczegółowymi dla poszczególnych działań. Na tej ogólnej liście nie ma jednostek samorządowych, które dla realizacji NPOZP mają zasadnicze znaczenie. Zastanawia całkowita nieobecność na tej liście MON, a także całkowite wyłączenie z Programu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego, który w kontekście zdrowia publicznego mógłby uczynić wiele dobrego w zakresie działań destygmatyzacyjnych w mediach, placówkach kultury i innych ośrodkach opiniotwórczych.
- **Koszty.** Przewidywany roczny koszt realizacji zadań NPOZP (27,5–36,5 mln zł) pozostaje w rażącej dysproporcji do rozległości i powagi niezbędnych działań. Pozwala to przewidywać, iż możliwa będzie jedynie wybiórcza realizacja działań raczej przypadkowych lub lokalnych o niesprawdzonej skuteczności.

- **Opis działań.** Sprawia wrażenie pośpiesznego zbioru potrzebnych działań w znacznej części przeniesionych z dotychczasowego NPOZP (2011–2015), lecz bez nadania im rangi, hierarchii, przejrzystego uporządkowania, oczekiwanych wskaźników, narzędzi monitorujących.

W mojej ocenie załączony projekt NPZ 2016–2020 nie przekonuje, że realizacja celu operacyjnego C może w jakikolwiek sposób spełnić rolę oczekiwaną od NPOZP, a zwłaszcza rolę instrumentu niezbędnej reformy/modernizacji systemu opieki psychiatrycznej w naszym kraju.

4. WNIOSKI I PROPOZYCJE

1. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym podejmuje regulację działań w doniosłym i zaniedbanym obszarze polityki zdrowotnej państwa – jest potrzebny i celowy.
2. Włączenie zdrowia psychicznego do priorytetów polityki w zakresie zdrowia publicznego jest uzasadnione.
3. Większość zawartych w projekcie ustawy zapisów nie budzi zasadniczych uwag – zaproponowane tu do rozważenia uwagi mogą poprawić wymowę i skuteczność niektórych zapisów.
4. Za bezwzględnie konieczne uważam uzupełnienie brzmienia przepisu projektowanego art. 20, pkt 3 do postaci, która spełnia wymóg zapewnienia centrom zdrowia psychicznego

właściwości i odpowiedzialności terytorialnej, w brzmieniu:

...Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący na określonym obszarze centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zamieszkającymi na tym obszarze w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej (szersze uzasadnienie w p. 2.2.5.12).

5. Uważam, że proponowana w art. 20 pkt 1 i 2 ocenianej ustawy likwidacja dotychczasowego usytuowania prawnego NPOZP jest błędem i może spowodować szkody związane z bardzo prawdopodobnym, ostatecznym zaniechaniem systemowej reformy systemu opieki psychiatrycznej. Należy wykreślić te zapisy i przystąpić do konstruowania nowej edycji NPOZP na lata 2016–2020 wg dotychczasowych zapisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (szersze uzasadnienie w p. 2.2.5.2).

W ewentualnym, nowym stanie prawnym – po uchwaleniu Ustawy o zdrowiu publicznym – niektóre działania promocyjne, profilaktyczne i destygmatyzacyjne NPOZP mogłyby zostać przeniesione do NPZ (cel operacyjny C).

prof. dr hab. Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Rada do spraw Zdrowia Psychicznego
zastępca przewodniczącego

Komisja Reformy Opieki Psychiatrycznej
i NPOZP Polskiego Towarzystwa
Psychiatrycznego – przewodniczący



fot. www.google.pl

Rodziny w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego



Wrocław 06.08.2015

zdanien rodzin osób chorujących psychicznie zmienić w latach 2016 -2020.

**Pani
Małgorzata Kidawa-Błońska
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej**

Szanowna Pani Marszałek!

W imieniu Rodzin Osób z doświadczeniem choroby psychicznej skupionych w Stowarzyszeniu „Otwarty Krąg” we Wrocławiu zwracam się do Pani Marszałek z gorącą prośbą o ochronę programu systemowej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego zapisanej w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest jednym z najnowocześniejszych dokumentów tego typu w Europie. Nad jego powstaniem pracowało wielu profesjonalistów oraz członków rodzin i pacjentów, a także przedstawicieli samorządów lokalnych. Współpraca tak wielu środowisk zaowocowała dokumentem, który praktycznie od 2008 roku zaczął funkcjonować we wszystkich regionach kraju.

NPOZP zorientowany jest na pacjenta, który poprzez kompleksowe działania i współpracę profesjonalistów, rodzin i pacjentów, systemu leczenia i systemu wsparcia oraz pracy zawodowej miałby szansę na pełniejszą opiekę i zdrowienie. Taka współpraca zaczęła się rozwijać w całej samorządowej Polsce, zabrakło tylko zaangażowania centralnych podmiotów realizujących Program czyli Ministra Zdrowia Narodowego Funduszu Zdrowia w jego pełnej realizacji. I to właśnie należałoby

Od 28 grudnia 2010 roku obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie NPOZP, zostało wykonane dużo zadań, powstało też wiele dobrych praktyk współpracy między podmiotami Programu również w powiatach i dzielnicach miast. Zaniechanie dalszej realizacji NPOZP umocowanego w dotychczasowej Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego na rzecz innej idei – Narodowego Programu Zdrowia, który jest programem profilaktycznym – będzie wielkim marnotrawstwem pracy, energii i dokonań wielu ludzi, zapewne też ulegną rozpadowi powstałe współprace i odpowiedzialności np. Rady ds. Psychiatrii przy urzędach Marszałkowskich i w powiatach oraz ich od lat przygotowywane i realizowane plany. One od lat pracują z pożytkiem dla naszych chorych.

Jako matka chorej 28-letniej kobiety proszę Panią o uniemożliwienie zniszczenia tego, co zostało już wypracowane. Proszę o zachowanie NPOZP w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Proszę o wysłuchanie argumentów profesjonalistów, rodzin i samych pacjentów, którzy chyba najlepiej są zorientowani w jakim systemie czują się lepiej leczeni i szybciej zdrowieją. Załączam raport Pana Profesora Jacka Wciórki, który w pełni oddaje oczekiwania rodzin i pacjentów. Proszę wysłuchać naszego głosu.

Łączę wyrazy szacunku
Anna Martynowska
Stowarzyszenie „Otwarty Krąg”

Uchwała XIII Forum Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie

fot. G. Banach



Oczekujemy, aby w latach 2016 – 2020 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) był realizowany w formie:

1. zapisanej w przepisach rangi ustawowej – tak jak dotąd w **Ustawie** o ochronie zdrowia psychicznego znowelizowanej **dnia 23 lipca 2008**;
2. wraz z czytelną strategią wdrożenia środowiskowego modelu leczenia psychiatrycznego;
3. realnego mechanizmu finansowania (zapewniającego stopniowe zwiększanie udziału finansowania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, docelowo do poziomu porównywalnego co najmniej ze średnim w krajach europejskich – ponad 5,5% ogółu świadczeń);
4. przepisów wykonawczych i zapewniających koordynację międzyresortową;
5. wykorzystania środków z Unii Europejskiej przeznaczonych na deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej i oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie, z których przeznaczenia Minister Zdrowia pochopnie zrezygnował.

Projekt nowej Ustawy o zdrowiu publicznym gubi ideę, strategię systemowej zmiany systemu ochrony zdrowia psychicznego i rangę NPOZP, które zostały zapisane w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, znowelizowanej dnia 23 lipca 2008 roku. W szczególności gubi strategię niezbędnej zmiany, modernizacji leczenia psychiatrycznego zgodnie z modelem środowiskowym. Wdrożenia tego modelu w Polsce nie wolno już dłużej opóźniać, ponieważ przynosi to populacji rosnące straty zdrowotne, a finansom publicznym zbędne koszty.

Publiczny wymiar ochrony zdrowia psychicznego nie pozwala na ograniczanie NPOZP do realizacji zadań z zakresu „zdrowia psychicznego” jako celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. Zachodzi np. ryzyko, że niekonsekwentne wprowadzenie centrów zdrowia psychicznego jako nowego rodzaju świadczeń gwarantowanych, będzie petryfikować azyłową rolę i pozycję wielkich jednospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych zamiast tworzyć warunki rozwoju

oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, jako stacjonarnej części kompleksowej oferty realizowanej przez środowiskowe centra, co chroniłoby system przed nadmiarem zbędnej hospitalizacji całodobowej.

Ządamy racjonalnej wyceny finansowania oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (niedoszacowanie ich kosztów sięga obecnie ponad 30%), które realizują środowiskowy kierunek przekształceń opieki psychiatrycznej.

Aby zapewnić realizację NPOZP oczekujemy aktywnych działań statutowych ze strony Porozumienia na rzecz NPOZP i wszystkich postępowych środowisk, stowarzyszeń, instytucji i autorytetów w całym kraju.

Podstawy prawne

NPOZP wynika z zapisu art. 2 ust. 6 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. NPOZP wszedł w życie mocą nowelizacji tej ustawy z dnia 23 lipca 2008 roku.

Dokumentem wprowadzającym NPOZP jest rozporządzenie Rady Ministrów z grudnia 2010 r. W realizacji zadań, każde województwo i powiat opracowują własne programy ochrony zdrowia psychicznego.

Z upoważnienia FORUM
Andrzej Cechnicki

Przewodniczący POROZUMIENIA
na rzecz realizacji NPOZP

Kraków, 11. czerwca 2015



Kraków, 8 sierpnia 2015 r.

W trosce o zdrowie Seniora – Nie likwidujemy Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego!

Serdecznie zapraszamy Państwa na konferencję prasową, której głównym tematem jest problem likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Konferencja odbędzie się we wtorek, 11 sierpnia 2015 roku, o godzinie 11:00, w restauracji Bierhalle (Mały Rynek 7).

Sprawa leczenia psychicznego jest bardzo ważna z uwagi na społeczny aspekt zdrowia psychicznego, które wymaga zupełnie innego podejścia niż inne choroby. Choroby psychiczne dotyczą 25% obywateli naszego kraju. W grupie osób cierpiących na dolegliwości psychiczne znajduje się wielu seniorów. Zatem propozycja likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest najwyższym stopniem lekceważenia i niesprawiedliwości wobec osób chorujących psychicznie.

W trakcie konferencji problem przybliży dr hab. med. Andrzej Cechnicki, Kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Collegium Medicum UJ oraz Przewodniczący Ogólnopolskiego Porozumienia na Rzecz Realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki oraz Andrzej Skrzyński, Redaktor magazynu Głos Seniora, członek Rady ds. Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

„W Sejmie jest dyskutowana i szybko głosowana propozycja likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego realizowanego z takim trudem od 2008 roku przez szerokie środowisko profesjonalistów, rodzin i pacjentów w bliskiej współpracy z lokalnym samorządem, któremu bliska jest idea humanistycznej i zorientowanej na osobę reformy opieki psychiatrycznej w naszym Kraju. Pomóżcie nam zatrzymać ten proces.”

– mówi dr hab. med. Andrzej Cechnicki.

www.glossejora.pl | al. Słowackiego 46/30, 30-018 Kraków | tel./faks 12 429 37 28 | glos.sejora@manko.pl | promocja@manko.pl

PREZENT: GŁOS SENIORA – EDYCJA 17 JEST WSPÓŁFINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW ODRĘBNYCH OD MINISTERTWA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

WYDAWCA GŁOSU SENIORA

MANKO
STOWARZYSZENIE



Zmiana statusu prawnego NPOZP:

- pozbawia go rangi regulacji ustawowej,
- buduje iluzję prawne – żadne z zadań zdrowia publicznego (art. 2 Uzp) nie dotyczy reformy systemu opieki psychiatrycznej, a wpisanie chaotycznie formułowanych zadań modernizacyjnych do NPZ nie obliży do tej fundamentalnej, nielatwej zmiany,
- gubi zapis strategii reformatorskiej zmiany modelu opieki psychiatrycznej,
- zaciera przejrzystość i wyrazistość proponowanej koncepcji i celu reformy,
- nie wskazuje ciała inicjującego, koordynującego i monitorującego przebieg zmiany,
- nie adresuje konkretnych zadań do wykonania ani wskaźników ich realizacji,
- nie zwiększa finansowania, a przewidywane w Uzp środki na realizację celu operacyjnego C (NPOZP 2016-2020) pozostają w całkowitej dysproporcji do koniecznych nakładów na niezbędne inwestycje i bieżące funkcjonowanie, nie przewidują też żadnych nowych mechanizmów finansowania.

W tej sytuacji proponowana zmiana rangi, roli i zadań NPOZP może zniweczyć nadzieję na kontynuowanie reformy opieki psychiatrycznej w Polsce, zniechęcać do dobrych praktyk tam, gdzie zostały zainicjowane, konserwować złe praktyki i potęgować przekonanie o dyskryminującym podejściu do problemów opieki psychiatrycznej i jej użytkowników.

Serdecznie zapraszamy do restauracji Bierhalle, 11 sierpnia 2015 r. o godz. 11:00.

Uprzejmie prosimy o potwierdzenie przybycia na adres e-mailowy promocja@manko.pl lub telefonicznie 512 535 423 do poniedziałku 10 sierpnia 2015 r.

Kontakt:

Magdalena Jędrzejek
promocja@manko.pl

Andrzej Skrzyński
aba.skrzynski@interia.pl

www.glossejora.pl | al. Słowackiego 46/30, 30-018 Kraków | tel./faks 12 429 37 28 | glos.sejora@manko.pl | promocja@manko.pl

PREZENT: GŁOS SENIORA – EDYCJA 17 JEST WSPÓŁFINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW ODRĘBNYCH OD MINISTERTWA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

WYDAWCA GŁOSU SENIORA

MANKO
STOWARZYSZENIE

RATOWANIE NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA

(opis kontekstu prawnego i debaty publicznej)

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym, który został opracowany w Ministerstwie Zdrowia. Ustawa o zdrowiu publicznym ma stanowić podstawę prawną do realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), który między innymi ma zastąpić (wchłonąć) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z innymi dokumentami na stronie Ministerstwa Zdrowia:

<http://www.bip.mz.gov.pl/legislacja/projekty/projekt-ustawy-o-zdrowiu-publicznym>

Proces legislacyjny w Rządzie:

<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850>

Proces legislacyjny w Sejmie:

<http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3675>

- Rządowy projekt ustawy o zdrowiu publicznym skierowany do Sejmu wraz z uzasadnieniem wpłynął do Sejmu 17 lipca 2015.

- Sprawozdanie podkomisji nadzwyczajnej o rządowym projekcie ustawy o zdrowiu publicznym (druk nr 367) – (22 lipca 2015).
- Sprawozdanie KOMISJI ZDROWIA o rządowym projekcie ustawy o zdrowiu publicznym (druk nr 3675) – zawiera wniosek mniejszości Posła Józefa Hrynkiwicz o skreślenie pkt. 1 i 2 z art. 20 (5 sierpnia 2015).

Wniosek Pani Posła Józefa Hrynkiwicz o skreślenie pkt. 1 i 2 z art. 20 projektu ustawy o zdrowiu publicznym wyraża dokładnie to, czego domagają się środowiska osób, organizacji i instytucji, które występują w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W rządowym projekcie ustawy o zdrowiu publicznym jest następujący zapis:

Art. 20. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) wprowadza się następujące zmiany:

1. w art. 2:

a) *ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. Zadania, o których mowa w ust. 1, są realizowane na podstawie Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ...), zwanego dalej „Narodowym Programem Zdrowia”,*

b) *uchyla się ust. 3,*

c) *w ust. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie: „Realizacja zadań określonych w ust. 1 należy do:”,*

d) *uchyla się ust. 6 – 8;*

2. w art. 4a w ust. 2:

a) *pkt 1 otrzymuje brzmienie: „1) monitorowanie realizacji zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego określonych w Narodowym Programie Zdrowia”,*

b) *uchyla się pkt 2;*

3. po art. 5 dodaje się art. 5a w brzmieniu: „Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej”.

Komentarz własny: Tak więc przyjęcie powyższej poprawki utrzyma ustawowy status Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który obejmuje nie tylko profilaktykę zaburzeń psychicznych, do czego sprowadza się realizacja Narodowego Programu Zdrowia, ale także zawiera w sobie całościowy program reformy opieki psychiatrycznej w Polsce zgodnie ze standardami Unii Europejskiej. Obrazowo mówiąc uchwalenie ustawy o zdrowiu publicznym w wersji rządowej będzie oznaczało „wylanie dziecka z kąpielą”. W tym przypadku dzieckiem jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Pozostaje punkt 3 w art. 20, który podnosi do rangi ustawowej zasadę kompleksowości opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w ramach centrum zdrowia psychicznego. (DB)

Rys historyczny i kontekst sytuacyjny aktualnej walki o zachowanie stanu prawnego dotyczącego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

23 lipca 2008 Sejm uchwala nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która wprowadza w życie Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. W głosowaniu 421 posłów było za, 1 poseł wstrzymał się od głosu, nikt nie głosował przeciw (sprawozdanie z prac legislacyjnych). Senat zgłosił dwie poprawki – jedną redakcyjną, drugą o tym, aby coroczne sprawozdania z realizacji NPZOZP były przedstawiane również Senatowi. Sejm je odrzucił. Prezydent RP podpisał nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego 30 września 2008 roku.

Art. 1. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm. 1) art. 2 otrzymuje brzmienie:

Art. 2.

Ust. 1. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

1. *promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,*

2. *zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,*

3. *kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.*

Ust. 2. Zadania, o których mowa w ust. 1, są realizowane przez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

3. **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa w szczególności:**

1) *okres jego obowiązywania,*

2) *diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym zróżnicowań regionalnych,*

3) *cele główne i cele szczegółowe,*

4) *podmioty biorące udział w jego realizacji,*

5) *sposób realizacji zadań,*

6) *niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.*

Ust. 6. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, uwzględniając zagadnienia, o których mowa w ust. 3, oraz biorąc pod uwagę konieczność ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

28 grudnia 2010 wydano Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego .

§ 1. 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwany dalej „Programem”, określający strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Program jest realizowany w latach 2011-2015.

Zakładany koszt realizacji NPZOZP wynosił około 200 mln zł.

Ministerstwo Zdrowia publikowało informacje o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w kolejnych latach:

2011

http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/infoorealiznpozp_20130204.pdf (informacja opublikowana w 2013 roku)

2012

http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/informac_uzgod_20140116.pdf (publikacja w 2014 roku)

2013

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/21AD04044569B90DC1257D7F00507A60%24File/2850.pdf>

W maju 2014 roku Rzecznik Praw Obywatelskich opublikował raport pt. „Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki” http://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychnicznego.pdf

W sierpniu 2014 roku Prof. Andrzej Rajewski, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wystosował list do Ministra Bartosza Arłukowicza z uwagami do Informacji odnoszącej się do 2013 roku:

http://static2.medforum.pl/upload/file/klienci/ptp/zg/pismo_mz_npozp_20140805.pdf

W tym samym miesiącu Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wystosowało list otwarty z tezą o zapaści w polskiej psychiatrii:

<http://static2.medforum.pl/upload/file/klienci/ptp/npozp/List%20otwarty%20sytuacja%20psychiatrii%202014%2008.pdf>

W styczniu 2015 roku Marek Wesołowski opublikował artykuł pt. „Pakiet onkologiczny na gruzach pakietu psychiatrycznego” <https://www.sga.waw.pl/web/aktualnoci-artykuy-sga/272-pakiet-onkologiczny-na-gruzach-pakietu-psychiatrycznego>, w którym zwięźle podsumował realizację NPZOP w kontekście zapowiadanego wdrożenia „Pakietu onkologicznego”. Autor napisał na zakończenie swojego artykułu:

„Proszę Państwa, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego nie jest realizowany, choć jest potrzebny i prawo tego wymaga. Dla zachowania pozorów utrzymuje się „wydmuszkę” w postaci raportów i sprawozdań, próbując zasłonić zasadniczy fakt, że cele programu nie są realizowane i chorzy nie otrzymują zaplanowanej pomocy.

W programie tym, za którym stał cały rząd, w tym Ministerstwo Zdrowia, chodziło o celowe zagospodarowywanie niecałych 250 mln zł na rok. Wszystko „poległo”.

Teraz mamy nową inicjatywę o nazwie Pakiet Onkologiczny, w którym wartość rocznych wydatków nie jest znana, ale zdecydowanie przekracza 1 mld zł.

Może jednak wróćmy do realizacji Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Widzę sporo potrzebujących...”

28 marca 2015 roku Ministerstwo Zdrowia uruchamia procedurę legislacyjną i przekazuje do konsultacji publicznej projekt Ustawy o zdrowiu publicznym. Nowa ustawa ma stanowić podstawę prawną dla realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Odbývają się uzgodnienia międzyresortowe i konsultacje społeczne koordynowane przez Rządowe Centrum Legislacyjne /<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850/>

W okresie prac nad projektem ustawy o zdrowiu publicznym odbywała się medialna prezentacja założeń Narodowego Programu Zdrowia i publiczna dyskusja na ten temat.

4 marca 2015 roku „Narodowy Program Zdrowia: do 2025 r. m.in. mniejsza skala otyłości” (PAP)

5 marca 2015 roku „Jest projekt ustawy, na którą czekaliśmy prawie 20 lat!” 3 marca 2015 r. w Pracodawcach RP odbyło się spotkanie z Minister Beatą Małecką-Liberą oraz prof. Mirosławem Wysockim – krajowym konsultantem ds. zdrowia publicznego, w trakcie którego pierwszy raz

zaprezentowano projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Tym samym Pani Minister rozpoczęła otwarte konsultacje projektu z interesariuszami.

7 maja 2015 roku „Co nam da Narodowy Program Zdrowia?” O propozycjach nowych zapisów w ustawie o zdrowiu publicznym, zdrowotnej edukacji społeczeństwa i o programach profilaktycznych z Beatą Małecką-Liberą, wiceministrem zdrowia i pełnomocnikiem rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym rozmawia Aleksandra Kurowska.

29 czerwca 2015 roku „Zdrowie publiczne okrojone” W czasie Europejskiego Kongresu Medycznego w Gdańsku Maciej Piróg (doradca prezydenta ds. zdrowia) powiedział, że projekt ustawy o zdrowiu publicznym „został bardzo okrojony”. – Nie wiadomo, czy ustawę o zdrowiu publicznym uda się przyjąć do zakończenia kadencji obecnego parlamentu – dodał. – Przestaję dziś firmować [ten dokument]. Jak mówił podczas dyskusji, „po raz pierwszy od dłuższego czasu dyskusja i konsultacje społeczne projektu zdrowia publicznego uzyskały bardzo wysoką notę, bardzo wysoką notę otrzymała pani minister i na końcu się okazało, że rząd tego ministra zablokował własną ustawę”.

25 sierpnia 2015 roku „Ekspert: Pośpiech w legislacji przekroczył granice przyzwoitości”. Artykuł ukazuje szerszy kontekst działań legislacyjnych rządu i prac sejmowych nad projektami ustaw, który pod koniec kadencji gwałtownie przyspieszył z zagrożeniem jakości prawa stanowionego.

Komentarz własny: Legislacyjna troska rządu o zdrowie publiczne na koniec kadencji nie pokrywa się z dotychczasową praktyką. Do tej pory obowiązują przepisy, które umożliwiały i umożliwiają rządowi realizację różnego rodzaju szczegółowych programów zdrowotnych. O wszystkim decyduje wola polityczna. Opis faktycznych działań rządu i nakładów na zdrowie publiczne w ostatnich latach przedstawia uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zdrowiu publicznym (DB). „Finansowanie profilaktyki w Rzeczypospolitej Polskiej jest na istotnie niższym poziomie niż w państwach członkowskich OECD należących do regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia – wynosi jedynie około 65% średniej wartości w tych państwach, co gorsza notuje się tendencję do dalszego ograniczania udziału tych wydatków (spadek o 7% w latach 2011-2013) przy stopniowym średnim wzroście w innych państwach...” (s.4)

„Obecne działania profilaktyczne realizowane są w sposób dalece niesatysfakcjonujący, przede wszystkim z uwagi na niewystarczające środki finansowe przeznaczone na programy profilaktyczne. Przykładowo Program Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu finansowany jest na poziomie ok. 400 tys. zł (ze środków Głównego Inspektoratu Sanitarnego), podczas gdy wpływy do budżetu państwa z podatku akcyzowego z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych do budżetu państwa wynoszą 22 mld zł. Zatem finansowanie Programu jest na poziomie 0,002% tych wpływów, czyli niemal 300-krotnie mniejszym niż przewidziano w ustawie ustanawiającej Program.

W podobnej sytuacji są Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, których finansowanie jest nieproporcjonalne do

szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez następstwa tych problemów zdrowotnych”.

„Z braku środków finansowych nie są podejmowane systemowe działania na rzecz zapobiegania otyłości. Poza kwestiami finansowymi barierą jest również brak możliwości realizacji tego rodzaju zadań międzyresortowo. Inne ministerstwa co prawda w ramach swojej działalności statutowej prowadzą działania wspierające poprawę stanu zdrowia, jednakże nie są często w stanie nawet wyodrębnić kwot przeznaczanych na te zadania.” (s. 5/6)

Kronika działań w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

27 maja 2015 – apel dr hab. Andrzeja Cechnickiego – Przewodniczącego Porozumienia na Rzecz NPOZP

29 lipca 2015 – komunikat prasowy „Zaniedbania Ministerstwa w Ochronie Zdrowia Psychicznego”

1 sierpnia 2015 – Ekspertyza prof. Jacka Wciórki: Ocena ustawy a o zdrowiu publicznym ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych regulacji dotyczących zagadnień ochrony zdrowia psychicznego

4 sierpnia 2015 – List prof. Jacka Wciórki Przewodniczącego Komisji Reformy Opieki Psychiatrycznej i NPOZP Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego do Pani Małgorzaty Kidawy-Błońskiej – Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej

5 sierpnia 2015 – Pani Poseł Józefa Hrynkiewicz zgłosiła na Komisji Zdrowia wniosek mniejszości o skreślenie pkt. 1 i 2 z art. 20, co oznacza zachowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w obecnym stanie prawnym. (druk nr 3675)

6 sierpnia 2015 – Interpelacja (34064) Posła Józefa Lasoty do Ministra Zdrowia w sprawie „Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego”

13 sierpnia 2015 – List otwarty w sprawie NPOZP – Jacek Wciórka i Andrzej Cechnicki

3 września 2015 – godzina 12:00 planowana manifestacja przed urzędami wojewódzkimi z wręczeniem wojewodom petycji w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

21 sierpnia 2015 – Ekspertyza: „Ocena projektu Ustawy o zdrowiu publicznym (UoZP) ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych zmian dotyczących systemu zdrowia psychicznego wraz z propozycją oczekiwanych przez społeczeństwo rozwiązań” (druk sejmowy 3675) z załącznikiem pt. „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego” – opracowała Regina Bisikiewicz z Zespołem

30 sierpnia 2015 Facebook: „NIE CHCĘ, aby wbito gwóźdź do trumny POLSKIEJ PSYCHIATRII”

2 września 2015 – w Ministerstwie Zdrowia odbyły się rozmowy z udziałem Ministra Mariana Zembali i Minister Beaty Małeckiej-Libery. Ze strony społecznej uczestniczyli profesorowie Jacek Wciórka, Janusz Heitzman i Marek

Jarema, oraz przedstawiciele z różnych stowarzyszeń. Ustalono, że zadania dotyczące profilaktyki będą wpisane w Narodowy Program Zdrowia, a Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego pozostanie jako program reformy opieki psychiatrycznej.

2-3 września 2015 – na Dolnym Śląsku we Wrocławiu odbył się Konwent Marszałków Województw RP, na którym poruszono także problem finansowania opieki psychiatrycznej i dalszej realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Marszałek Województwa Dolnośląskiego przygotował projekt stanowiska, że „koniecznym dla skutecznej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego jest jego odpowiednie finansowanie – alokacja środków w ramach puli przeznaczonej przez płatnika publicznego na finansowanie świadczeń psychiatrycznych nie będzie niższa niż założone w NPOZP 5%”. Ponadto wyrażono opinię, że „ew. włączenie NPOZP w ramy NPZ doprowadzi do zaprzepaszczenia dotychczasowych osiągnięć w modernizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce”.

PETYCJA elektroniczna pt. „Zatrzymaj likwidację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” skierowana do Pani Małgorzaty Kidawy-Błońskiej Marszałek Sejmu

3 września 2015 – ogólnopolska akcja protestacyjna.

Apel Przewodniczącego OGÓLNOPOLSKIEGO POROZUMIENIA na rzecz realizacji NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO.

7 września 2015 – poparcie Polskiego Towarzystwa Psychologicznego dla „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”

Szanowni Państwo, w imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego informuję, iż solidaryzujemy się ze sprzeciwem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz innych organizacji pozarządowych walczących o jak najlepsze zabezpieczenie zdrowia psychicznego Polaków przez instytucje państwowe. W pełni zgadzamy się także z oceną wszystkich konsekwencji likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce dokonaną przez Komisję Reformy Opieki Psychiatrycznej. Polskie Towarzystwo Psychologiczne wystosowało w tej sprawie swój oficjalny protest wraz z Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychologii klinicznej na ręce Pani Marszałek.

Pozdrawiam serdecznie
Justyna Sikorska-Grygiel
Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
Oddział Rzeszów

11 września 2015 – oświadczenie dr n.med. Tomasza Szafrąńskiego, przedstawiciela POROZUMIENIA na rzecz realizacji NPOZP Redaktora naczelnego kwartalnika „Psychiatra” po głosowaniu w Sejmie nad ustawą o zdrowiu publicznym. Po przegłosowaniu poprawek Sejm zachował ustawowy zapis o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego; profilaktyka zaburzeń psychicznych została przypisana do zadań Narodowego Programu Zdrowia.

Opracował: Dariusz Baran
Rzeszów, 26 sierpnia 2015

Pikiety w obronie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Pikieta przed Urzędem Wojewódzkim w Szczecinie

W dniu 03.09.2015 r. w ramach ogólnopolskiej akcji Przewodnicząca Zachodniopomorskiej Filii Sekcji Psychiatrii Środowiskowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Rehabilitacji spec. psychiatra Ewa Giza wraz z delegacją członków Stowarzyszenia „Feniks” w Kołobrzegu, podopiecznymi Powiatowego Ośrodka Wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Kołobrzegu, terapeutami tego Ośrodka złożyła w Urzędzie Marszałkowskim na ręce Dyrektora Wydziału Zdrowia Marioli Cieśli w Szczecinie, petycję skierowaną do Pani Premier Ewy Kopacz z prośbą o przekazanie Wojewodzie Zachodniopomorskiemu.

W Urzędzie zostaliśmy przyjęci przez Panią Dyrektora Mariolę Cieślę w atmosferze powagi i szacunku. W tym dniu w całej Polsce delegacje pacjentów leczonych psychiatrycznie, ich rodzin, profesjonalistów z dziedziny psychiatrii, lekarzy psychiatrów, psychologów, terapeutów docierało do swoich Wojewodów, demonstrując pod gmachami Urzędów Wojewódzkich przeciwko likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, domagając się w petycji do Premier Ewy Kopacz o interwencję przy głosowaniach nad Ustawą o Zdrowiu Publicznym, aby uwzględniono poprawkę do wspomnianej ustawy o Zdrowiu Publicznym, o którą środowisko psychiatrów bezskutecznie walczy od tygodni, która to poprawka uratuje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jako autonomiczny akt prawny. Oczekujemy także pilnych prac rządu nad nową edycją tego Programu, na lata 2016-2020 i reformy opieki psychiatrycznej, wzrostu nakładów finansowych na psychiatrię, rozwoju psychiatrii środowiskowej, traktowania przez decydentów finansowych osób leczonych psychiatrycznie z szacunkiem i godnością.

W spotkaniu tym uczestniczyła Pani doc. Justyna Pełka-Wysiecka, regionalny konsultant ds. psychiatrii oraz członek Zarządu Filii Sekcji dr n. med. Joanna Ziętek. W czasie tej wizyty towarzyszyła nam również i wyraziła swoje poparcie dr Teresa Zalewska, ordynator II Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej w Centrum Psychiatrycznym SPS ZOZ „Zdroje”. W naszych wysiłkach wspiera nas Pan Profesor Jerzy Samochowiec, kierujący Kliniką Psychiatryczną w Szczecinie.

W celu ratowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego poparcia swoim podpisem udzieliło ponad siedmiuset lekarzy psychiatrów, psychologów, terapeutów oraz pacjentów placówek leczenia psychiatrycznego, Środowiskowych Domów Samopomocy z Kołobrzegu, Koszalina, Białogardu, Gryfic, Szczecina, Drawska Pomorskiego, Gościna, Sławoborza oraz ze Złocieńca.

Pełni ekscytacji i nadziei opuściliśmy gmachy budynku, głęboko wierząc w pozytywne rozpatrzenie naszej prośby. Zrobiliśmy co w naszej mocy, „aby nie wbito gwoźdźcia w polską psychiatrię”, teraz jedyne, co nam pozostaje, to cierpliwie wyczekiwać werdyktu.

W ręczanie petycji odbywało się w towarzystwie mediów Radia Szczecin, udzielaliśmy wywiadów, a wieczorem zostaliśmy zaproszeni do dalszej debaty medialnej na temat polskiej psychiatrii, problemów, potrzeb, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W studiu w Kołobrzegu udział wzięła dr Ewa Giza, w Szczecinie prof. Jerzy Samochowiec i dr Teresa Zalewska

Pikieta przed Urzędem Wojewódzkim w Krakowie

Około 200 osób zgromadziło się w dniu 3 września 2015 r. przed budynkiem Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, aby przeciwstawić się likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Ten ważny głos obywateli został zauważony. Wojewoda Małopolski Jerzy Miller przyjął delegację protestujących osób, w skład której weszli: Janina Kępińska - Prezes Stowarzyszenia Rodzin Zdrowie Psychiczne jako przewodnicząca zgromadzenia, dr Łukasz Cichocki - konsultant wojewódzki ds. psychiatrii, Anna Dymna - Prezes Fundacji Mimo Wszystko, Andrzej Skrzyński - Członek Rady Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Anna Czech - Dyrektor Szpitala w Tarnowie, Agnieszka Lewonowska-Banach - Członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia, Piotr Cebula - Prezes Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”.

Petycja wraz z podpisami osób i instytucji popierających została przekazana na ręce Pana Wojewody, z prośbą o jej przekazanie dla Pani Premier Ewy Kopacz.

Dziękujemy osobom chorującym i rodzinom, którzy przyszli z transparentami, organizacjom pozarządowym prowadzącym WTZ i ŚDS z całej Małopolski, pracownikom jednostek opieki zdrowotnej, mediom za rzetelne przedstawienie i nagłośnienie tematu.

Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” w Krakowie

Podobne zgromadzenia odbyły się w tym dniu przed urzędami wojewódzkimi w innych miastach Polski m.in. w Warszawie, Lublinie czy Wrocławiu.

Promocja książki

UMACNIANIE I ZDROWIENIE
DAĆ NADZIEJĘ

Drodzy Czytelnicy,

Przedstawiamy wam książkę, która jest zapisem naszych wieloletnich doświadczeń z drogi do celu, którym jest radykalna zmiana, jakiej naszym zdaniem potrzebuje polska psychiatria, środowiska pomocy społecznej, rodziny i pacjenci.

Książką tą, traktującą o umacnianiu i zdrowieniu, chcemy dać nadzieję na to, co wydaje nam się wspólnie i ważne: zdrowiejącym i tym, którzy towarzyszą w zdrowieniu. Chcemy dać nadzieję na zdrowienie, na dobre relacje, na naukę i pracę, na solidarność w działaniu. W książce pokazujemy te trzy perspektywy: są wypowiedzi osób z doświadczeniem choroby psychicznej, są wypowiedzi przedstawicieli rodzin oraz wypowiedzi profesjonalistów.

Uważamy, że osoby chorujące psychicznie potrzebują nadziei, by zdrowieć, wierzyć, że możliwe jest satysfakcjonujące życie pomimo doświadczenia choroby.

Antoni Kępiński zwracał uwagę, że profesjonaliści zajmujący się leczeniem powinni wsłuchać się w głos osób chorujących. To dzięki wiedzy „z pierwszej ręki” możemy zrozumieć potrzeby i oczekiwania osób z zaburzeniami psychicznymi, które są adresowane do nas jako terapeutów, ale także do instytucji, jakie mamy współtworzyć. Spotkanie z drugą osobą, osobą, której pomagamy, odbywa się nie tylko w płaszczyźnie relacji terapeutycznej. To, kim jestem i jakim jestem, zależy w dużej mierze od sposobu, w jaki kształtuję kontakt z drugim człowiekiem. Szeroko rozumiany proces zdrowienia rozpoczyna się od spotkania z osobą i podjęcia z nią dialogu.

To jest punkt wyjścia do psychiatrii zorientowanej na osobę, do psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej, wspólnego wysiłku terapeutów, pacjentów i rodzin w pokonywaniu choroby.

Trzy krakowskie Stowarzyszenia – Pacjentów, Rodzin i Profesjonalistów, aby zrealizować ten cel, zawiązały sojusz oparty na codziennej współpracy i zbudowały sieć dobrych praktyk. Wspólnie uważamy, że nadszedł czas na sformułowanie wieloletniego programu

nastawionego na promowanie działań wspierających proces umacniania i zdrowienia w instytucjach psychiatrycznych w Polsce.

W tym czasie radykalnej zmiany niezwykle ważna jest kwestia wzajemnej współpracy, opartej na wzajemnym zrozumieniu. Mamy nadzieję, że nasz książka może to wzajemne zrozumienie przybliżyć.

Zapraszamy do lektury

Andrzej Cechnicki, Anna Liberadzka



W DNIU 3 WRZEŚNIA 2015 ROKU, PRZED URZĘDAMI WOJEWÓDZKIMI W CAŁEJ
POLSCE ODBYŁY SIĘ PIKIETY W OBRONIE
NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO



MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W KRAKOWIE



ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W SZCZECINIE



LUBELSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W LUBLINIE



DOLNOŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI WE WROCŁAWIU

www.rodziny.info

Z rodziną

dobrze się wychodzi... z choroby

Twój 1% na 100% zdrowia

Category	Percentage
zdrowia	1%
wsparcia	33%
miłości	33%
rozumienia	33%

Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne w Krakowie KRS 0000156949