



MINISTER ZDROWIA

RZECZNIK PRAW PACJENTA	
WPLYNEŁO	
2012-09-12 (datownik)	
Znak	RzPP- 1364/2012 Warszawa

2012-09-06
Pon G. Bilska

MZ-ZP-P-62-22577-77/KS/12	ESPÓŁ ds. ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WPLYNEŁO	
13 WRZ. 2012 (datownik)	

ZASTĘP
RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Izabela Jakubczak-Rak
Pani I. Skarżonek

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA		Znak	RzPP-ZPP-0711-6-6/12	Pani
Wpłynęło:		2012-09-11		
Znak:		RzPP 14362		

Izabela Jakubczak-Rak
Zastępca
Rzecznika Praw Pacjenta

Szanowna Pani Rzecznik

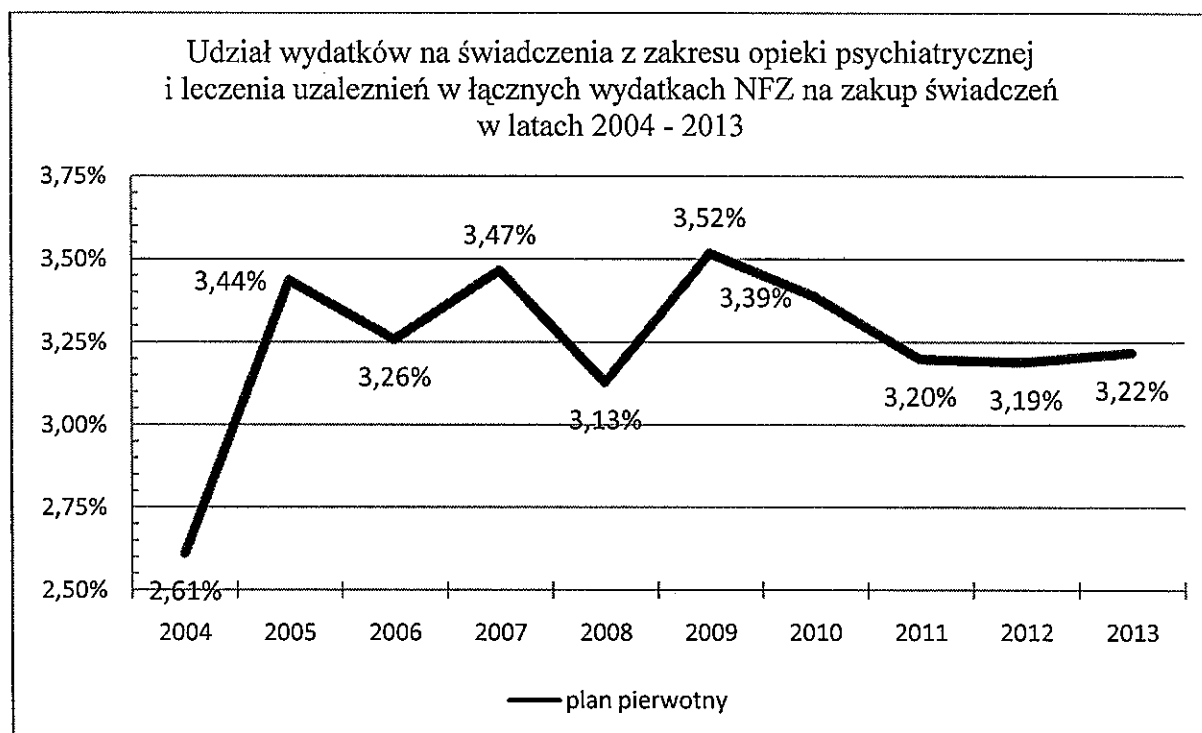
W odpowiedzi na wystąpienie Pani Rzecznik z dnia 20 sierpnia 2012 r. (znak: RzPP-ZPP-0711-6-5/KAS/12), jak również w uzupełnieniu informacji przekazanych pismami z dnia 11 lipca 2012 r. (znak: MZ-ZP-P-073-23429-3/AJ/12) oraz 27 lipca 2012 r. (znak: MZ-ZP-P-073-23760-1/AJ/12), uprzejmie przedstawiam poniższe informacje.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, dalej NPOZP, zakłada unowocześnienie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w oparciu o model środowiskowy, którego założeniem jest zwiększenie udziału pozaszpitalnych form opieki w rehabilitacji psychiatrycznej, a zatem rozwój sieci poradni zdrowia psychicznego i poradni leczenia uzależnień, oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego oraz hosteli. Należy bowiem podkreślić, iż psychiatria środowiskowa jest modelem bliższym potrzebom chorego, a także bardziej efektywnym w porównaniu z opieką zinstytucjonalizowaną zarówno ze względu na skuteczność terapeutyczną, jak i wykorzystanie środków finansowych przeznaczanych na opiekę psychiatryczną. Istotnym kierunkiem działań jest zatem nie rozwijanie bazy szpitalnej, a zwiększanie dostępności do dziennych i ambulatoryjnych form opieki psychiatrycznej. Implementacja założeń psychiatrycznej opieki środowiskowej zapewni efektywną terapię zaburzeń psychicznych, dając osobom chorującym szanse na godne życie bez izolacji od lokalnej społeczności oraz umożliwi rehabilitację społeczną i zawodową.

Mając na uwadze dane, z których wynika, iż duża część hospitalizacji spowodowana jest brakiem możliwości objęcia osób z zaburzeniami psychicznymi opieką ambulatoryjną i dzienną, realizacja NPOZP poprzez podejmowanie działań mających na celu redukcję

stacjonarnych łóżek psychiatrycznych do wskaźników określonych we wskazanym powyżej rozporządzeniu czego konsekwencją będzie zmniejszenie liczby przyjęć do szpitali, przy równoczesnym rozwoju innych form opieki środowiskowej, sprzyjać będzie przestrzeganiu praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych oraz redukcji czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Istotną rolą, nie tylko Ministra Zdrowia, który zapewnił narzędzia prawne wskazując efektywny kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej, ale władz samorządowych a przede wszystkim Narodowego Funduszu Zdrowia odpowiedzialnego za politykę kontraktowania świadczeń zdrowotnych jest właściwa alokacja środków finansowych oraz wspieranie tworzenia infrastruktury niezbędnej dla wdrożenia modelu opieki środowiskowej.

W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę na wysokość nakładów Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej, których wielkość pozostaje na względnie stałym poziomie i wynosi około 3,3% ogółu nakładów Funduszu na zakup świadczeń opieki zdrowotnej. Wysokość udziału wydatków na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej, w tym również na świadczenia z zakresu leczenia uzależnień, w poszczególnych latach przedstawia poniższy wykres.



Analizując przedstawione powyżej dane należy stwierdzić, iż wobec względnie stałego i trudnego do zwiększenia udziału wydatków na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w łącznej wysokości nakładów Funduszu na zakup świadczeń opieki

zdrowotnej istotne jest zapewnienie możliwie efektywnej alokacji posiadanych środków, w szczególności zmniejszenie nakładów na leczenie stacjonarne, a zwiększenie wydatków na różne formy opieki środowiskowej. W tym celu prowadzone są prace nad organizacją Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) – modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej rekomendowanym w NPOZP, których podstawowym zadaniem będzie zapewnienie pacjentom cierpiącym na zaburzenia psychiczne ciągłości i kompleksowości opieki. W mojej opinii, utworzenie CZP, które spełniałyby wskazane powyżej zadania, wymaga wypracowania nowych zasad finansowania tych struktur. Cel ten może zostać osiągnięty poprzez promowanie podmiotów oferujących dostęp do poszczególnych form opieki realizowanych w strukturze danego podmiotu jak również tych, które realizować będą skuteczną terapię mierzoną odsetkiem pacjentów kierowanych na leczenie w ramach opieki środowiskowej. Należy przy tym pamiętać, iż zastosowanie nowych mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych nie może prowadzić do utrwalenia obecnie funkcjonującego instytucjonalnego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, Ministerstwo Zdrowia wraz z Konsultantem Krajowym oraz Mazowiecki Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii podjęło współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia mającą na celu ustalenie zasad organizacji CZP, rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być realizowane w każdej z jednostek wchodzących w skład struktury CZP, wraz z określeniem częstotliwości ich udzielania oraz szacunkowego czasu trwania terapii poszczególnych zaburzeń lub ich grup. Dopiero opracowanie standardów dla leczenia zaburzeń psychicznych pozwoli na adekwatne finansowanie świadczeń udzielanych w ramach CZP. Jednocześnie opracowanie takich standardów zapewni pacjentom wymagającym opieki psychiatrycznej ciągłość leczenia szpitalnego. Opis sposobu organizacji CZP, wraz z określeniem rodzaju i częstotliwości udzielanych w nim świadczeń opieki zdrowotnej, został przekazany Pani Rzecznik w ramach wcześniejszej korespondencji dotyczącej realizacji NPOZP.

Odnoszą się do kwestii działań, jakie podejmuje Ministerstwo Zdrowia, w celu realizacji działań przewidzianych w NPOZP, uprzejmie informuję, iż kluczowym warunkiem sprawnego wdrożenia wizji określonej przez ten Program jest wysokość środków finansowych, które mogą zostać przeznaczone na koordynację Programu i realizację przewidzianych w nim zadań. Warto w tym miejscu zauważyć, iż stosownie do postanowień harmonogramu realizacji NPOZP, stanowiącego załącznik do rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia powinien był powołać „strukturę koordynującą realizację

Programu na szczeblu centralnym” w terminie do końca czerwca 2011 r. Należy przy tym zauważyć, iż w OSR rozporządzenia, jak również w OSR poprzedzającej wydanie rozporządzenia ustawy *o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, która dała podstawę do wydania rozporządzenia, przewidywano zatrudnienie w „biurze koordynującym NPOZP” 6 osób – po dwie na każdy z celów głównych Programu. Niestety, z uwagi na brak środków budżetowych do dnia dzisiejszego utworzenie struktury koordynującej NPOZP nie było możliwe.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na szerszy problem wysokości nakładów na realizację zadań wynikających z NPOZP. W załączniku nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów *w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* została zapisana kwota 8 mln. zł, jako przewidywana łączna wysokość corocznych wydatków ministra właściwego do spraw zdrowia na realizację zadań wynikających z NPOZP. Należy przy tym zauważyć, iż kwota ta nigdy nie została przewidziana w ustawie budżetowej. Dodatkowo, z uwagi na ograniczenia budżetowe, nie było możliwe przeznaczenie na przedmiotowe zadania środków finansowych w zbliżonej chociażby wysokości. Dlatego też, występują opóźnienia w opracowaniu licznych dokumentów programowych i narzędzi służących realizacji NPOZP. Ich przygotowanie i wdrożenie uzależnione jest od dostępności środków finansowych. Biorąc pod uwagę fakt, iż w ustawie budżetowej na rok 2012 również nie zostały przewidziane odrębne środki finansowe na realizację zadań wynikających z NPOZP, wykonanie wskazanych zadań nastąpi najwcześniej w 2013 r.

2 *po = o i e n i e m*
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński