

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

---

Warszawa, 1 sierpnia 2015 r.

## **Ekspertyza:**

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

## **1 UWAGI WSTĘPNE**

### **1.1 Metodyka ekspertyzy**

Przedstawiony 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 w sprawie przekazywania informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje

W procesie 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 związane 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 leczeniu 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 zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.*

### **1.3 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego**

NPOZP ustanowiono mocą znowelizowanej 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 ulegał 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 zapowiedzieli 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, Wojtyniak 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 NIK. 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: *Modeli 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 i 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 dziełnie 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 prawni (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.

Proponowałyaby, rozważenie następujących modyfikacji tekstu:

- w pkt. 6 zastąpienie sformułowanie „ analizę adekwatności i efektywności...” sformułowaniem: „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 sformułowania 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 współdziałanie 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)
- o 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 tej 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 wydumanym 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) i 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 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 głośne samobójstwa lub producentów leków przeciwdepresyjnych) może być przykładem ogólniejszego zjawiska przejmowania środków niezbędnych na wiele innych potrzeb, mniej nagłośnionych 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. Obie 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, a tym samym funkcjonowanie w systemie 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 degraduje jego rangę, a w konsekwencji także cele, siłę oddziaływania i rolę, jaką może odegrać w systemie ochrony zdrowia psychicznego.

#### **2.2.5.1 Funkcjonowania 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, azylowego modelu ochrony psychicznego w system środowiskowy. Istota tej zmiany polega na przeniesieniu odpowiedzialności za podstawową opiekę psychiatryczną z wielkich instytucji typu azylowego (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 słuszna celowa 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 nierzadko to dziś – w oddległym 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 i 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.

1) promocję zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;

- 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
  - 3) 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 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 nie umożliwiają jej. 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 źle 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 porażeniom. 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 publicznych 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 sformułowany 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 rozwinięcia 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**

- i. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym podejmuje regulację działań w doniosłym i zaniedbanym obszarze polityki zdrowotnej państwa – jest potrzebny i celowy.
- ii. Włączenie zdrowia psychicznego do priorytetów polityki w zakresie zdrowia publicznego jest uzasadnione.
- iii. Większość zawartych w projekcie ustawy zapisów nie budzi zasadniczych uwag – zaproponowane tu do rozważenia uwagi mogą poprawić wymowę i skuteczność niektórych zapisów.

- iv. Za bezwzględnie konieczne uważam uzupełnienie brzmienia przepisu projektowanego art. 20, pkt 3 do postaci, która spełnia wymóg zapewnienie *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 zamieszkałymi na tym obszarze w formie pomocy doraźnej ambulatoryjnej, szpitalnej i środowiskowej.*  
(szersze uzasadnienie w p. 2.2.5.12)

- v. 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).

