

Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz koordynacja zróżnicowanych form pomocy i wsparcia społecznego stanowią fundament przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 8.02.2017 r. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2020. Realizacja Programu stanowi gwarancję poszanowania praw i godności osób z zaburzeniami psychicznymi.

Skala i zasięg obecnego kryzysu spowodowanego epidemią COVID-19, oraz wzrastające zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę psychiatryczną, psychologiczną i psychoterapeutyczną tak w okresie pandemii jak i po pandemicznym wymagają aby ochrona zdrowia psychicznego, po latach zaniedbań, była przedmiotem świadomej i konsekwentnej polityki państwa i należała do priorytetowych wartości publicznych.

Rozwiązania systemowe powinny zapewnić bliski i równy dostęp do wymaganej jakości i efektywności leczenia, oraz godziwych warunków z jego korzystania. Środowisko dawców i biorców świadczeń psychiatrycznych powinno być traktowane bez lekceważenia jako kompetentna i odpowiedzialna reprezentacja adresatów reformy zainteresowana jej powodzeniem.

Obecny system, w którym liczą się wykonane procedury wynik finansowy powoduje, że świadczeniodawcy wykonują swoją liczbę punktów, a nie odpowiadają za cały proces leczenia. Widoczny jest brak koordynacji między dostępnymi formami leczenia, oparcia społecznego i uczestnictwa społeczno-zawodowego, którym działanie regulowane jest przez odrębne ustawy, resorty, szczeble administracji oraz różne instytucje i organizacje.

Rzecznik Praw Obywatelskich rekomenduje następujące kierunki działań:

1. Konsekwentne kontynuowanie pilotażu i wprowadzenie ustawowych gwarancji tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego – modelu skoordynowanej i kompleksowej opieki nad chorującymi psychicznie w miejscu zamieszkania. (Mała nowelizacja Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego).
2. Wyeliminowanie nie trafnych nie współdziałających z celami reformy zarządzeń, które nie sprzyjają realizacji reformy oraz jej dobremu odbiorowi publicznemu.
3. Podjęcie skutecznych działań promocyjnych i profilaktycznych w celu poprawy znikomej świadomości społecznej, wiedzy i kompetencji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Praktyka społeczna obecnie nie przygotowuje obywateli do radzenia sobie z nieuniknionymi kryzysami i jest nasycona negatywnymi emocjami, uprzedzeniami i stereotypami.
4. Zapewnienie równości udziału głównych interesariuszy reformy.
5. Przygotowanie procedur i poszerzenie o formy grupowe świadczeń gwarantowanych realizowanych w sposób zdalny za pomocą systemów teleinformatycznych.
6. Przygotowanie i wprowadzenie instytucjonalnych ram i zasad współdziałania CZP z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, oraz aktywizację społeczno-zawodową
7. Przygotowanie kompleksowej (dużej) nowelizacji UOZP, którą poprzedzą konsultacje społeczne i dokonanie przeglądu działania po 25 latach obowiązującej ustawy.
8. Powstanie lokalnych planów restrukturyzacji bazy szpitalnej z przenoszeniem zadań podstawowej opieki psychiatrycznej ze szpitali psychiatrycznych do oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

9. Podjęcie i wdrożenie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.  
(Obecnie 7 z 16 województw i 187 ze 314 powiatów zadeklarowało realizację wszystkich zadań opisanych NPOZP. W 66 miastach na prawach powiatu realizację zadań zadeklarowało 58. Spośród 2477 gmin tylko 997 zadeklarowało realizację zadań NPOZP).
10. Przygotowanie i realizacja lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego zapewniającym mieszkańcom skoordynowanych medycznych i społecznych świadczeń.  
(Obecnie plany takie zostały opracowane w 24% powiatów i 34% miastach na prawach powiatu).
11. Poprawa dostępności leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.  
(Na 630 tysięcy dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia wymagających pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i wsparcia psychologicznego tylko 159 tysięcy jest pacjentami systemu psychiatrycznego. W pięciu województwach nie funkcjonuje żaden oddział psychiatryczny dzienny, a w województwie podlaskim brak stacjonarnego oddziału dla dzieci i młodzieży).
12. Zapewnienie odpowiednich warunków finansowo-organizacyjnych i kadrowych dla tworzenia w ramach reformy psychiatrii dzieci i młodzieży ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej.  
(Powinno powstać 733 takich ośrodków, a działa obecnie około 130).
13. Poprawa ciągłości świadczeń i przejściu z lecznictwa do sektora pomocy społecznej.  
Szybkie podejmowanie decyzji administracyjnych o świadczeniach specjalnych usług opiekuńczych lub środowiskowych domów samopomocy.
14. Zagwarantowanie wszystkim uczniom możliwości korzystania w szkole z pomocy psychologicznej i pedagogicznej, oraz udzielanie bezpośredniej pomocy w prowadzeniu terapii i wsparcia psychologicznego przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne.
15. Zapewnienie warunków objęcia odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i resocjalizacyjnym pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej. Zmiana sposobu finansowania oddziałów o podstawowym i wzmocnionym poziomie zabezpieczenia.
16. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 6 - 7% w tym szczególnie na finansowanie psychiatrii do wysokości 5 - 6% globalnego budżetu publicznego płatnika.
17. Odejście od zasady archaicznego finansowania psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży za „ pojedyncze świadczenia psychiatryczne” oraz „osobodzień” a nie za kompleksową opiekę i leczenie. Należy wprowadzić model finansowania, opieki opartej na wartościach z uwzględnieniem rezultatów leczenia. Jest to możliwe do wdrożenia, w warunkach terytorialnej odpowiedzialności na obszarze powiatu, z budżetu opartego o stawkę kapitałową. Opracować należy również wskaźniki weryfikowania jakości tak finansowanych usług.
18. Optymalizacja kosztów ekonomicznych i społecznych związanych ze skutkami zaburzeń zdrowia psychicznego.  
Według informacji ZUS, grupą chorobową w 2018 r. generującą najwyższe wydatki związane z niezdolnością do pracy były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i wyniosły 15,8% wszystkich wydatków, co stanowiło 5 822 mln zł. W przeliczeniu na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym zaburzenia psych i zaburzenia zachowania generują największe wydatki w wysokości 236,68 zł (choroby układu krążenia 149,67 zł). Również wydatki na renty socjalne związane z zaburzeniami psychicznymi stanowią 58,4 % wydatków.

19. Wzmocnienie i usamodzielnienie wpływu pozarządowych organizacji pomocowych na rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia psychicznego.
20. Koordynacja i skumulowanie środków finansowych rozproszonym w różnych ministerstwach.
21. Uruchomienie i optymalne wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej na lata 2021-2027 na proces deinstytucjonalizacji usług medycznych i społecznych dla osób z problemem zdrowia psychicznego. Przygotowanie ram strategicznych deinstytucjonalizacji wymaga ścisłej współpracy i koordynacji resortu Zdrowia, Rodziny i Pomocy Społecznej, Edukacji oraz Sprawiedliwości.
22. Zapewnienie standardu opieki nad głuchymi chorującymi psychicznie, w tym dostępu do ochrony zdrowia psychicznego osobom głuchym porozumiewającym się w polskim języku migowym. Obecnie nie ma jednostek ochrony zdrowia przygotowanych do opieki nad głuchym pacjentem chorym psychicznie.
23. Upowszechnienie przygotowanych przez zespół roboczy ds. prewencji, samobójstw i depresji na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji, przy Radzie ds. zdrowia publicznego poradników pn. „Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i zapobieganie samobójstwom” przeznaczonych oddzielnie w wersji dla mediów oraz wersji dla osób wypowiadających się publicznie przede wszystkim rzeczników prasowych.
24. Pełne prawo zainteresowanej osoby do wyboru miejsca leczenia