

Warszawa, 21-04-2017 r.

**Materiały na Pierwszy Kongres Zdrowia Psychicznego – 8 maja 2017 r.
pt. „ZMIENIAMY POLSKĄ PSYCHIATRIĘ”**

Zdrowie psychiczne jest obecnie jednym z ważniejszych aspektów zdrowia w pojęciu ogólnym, jest wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz samorządów terytorialnych. Przez wiele lat temat osób chorych psychicznie był marginalizowany i stanowił społeczne tabu. Jednakże w obliczu wzrostowej tendencji zapadalności na choroby psychiczne i zaburzenia zachowania, należy walczyć o zasadniczą zmianę podejścia do tego zagadnienia i związanych z nim problemów społecznych.

Preambuła ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.) wskazuje, iż „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”. Zgodnie z art. 2 ust. 1 wspomnianej ustawy, ochrona zdrowia psychicznego obejmuje w szczególności realizację zadań polegających na promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Powyższe zadania miały być realizowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który wszedł w życie na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. nr 24, poz. 128; dalej: NPOZP lub Program).

I. Cele i założenia NPOZP

Narodowy Program Ochrony zdrowia psychicznego, który był realizowany w latach 2011-2015, zakładał odejście od dominującego dotychczas modelu izolacyjnego postępowania z chorymi psychicznie na rzecz środowiskowego modelu psychiatrii, który według najnowszych badań jest najefektywniejszym sposobem rozwiązywania problemów zdrowia psychicznego. Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest bowiem bardziej przyjazny dla pacjentów i ich rodzin, łatwiej dostępny, skuteczniejszy oraz tańszy. Jego wdrażanie w Polsce miało polegać na przekształcaniu dużych szpitali psychiatrycznych w centra aktywnego leczenia i wielopłaszczyznowej rehabilitacji, a także na rozwijaniu oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Podstawą funkcjonowania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej miały być Centra Zdrowia Psychicznego (CZP), jako jeden z najistotniejszych elementów Programu. W Programie przewidziano utworzenie sieci CZP rozlokowanych na terenie całego kraju. Przyjęto, że Minister Zdrowia przygotuje pilotażowy program wdrożenia modelu środowiskowego, w wybranych województwach i powiatach, NFZ zaś miał opracować system finansowania tych świadczeń. Prawidłowa realizacja Programu miała poprawić sytuację osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce, a także przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych na ich leczenie.

Realizatorami Programu byli: 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności: Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej, 2) Narodowy Fundusz Zdrowia, 3) samorzady województw, powiatów i gmin.

W realizacji zadań wynikających z Programu mogły uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu. Minister właściwy do spraw zdrowia kierował realizacją Programu i koordynował wykonanie zadań.

II. Realizacja NPOZP w latach 2011-2015

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego miał doprowadzić do znaczącej poprawy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, a z jego przyjęciem, zarówno środowiska psychiatrów, jak i pacjenckie wiązały nadzieję na zmianę w funkcjonowaniu archaicznego systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Niestety, Program realizowany w latach 2011-2015 okazał się porażką. Nie udało się bowiem doprowadzić do deinstytucjonalizacji i dehospitalizacji modelu opieki psychiatrycznej, poprzez stworzenie coraz liczniejszych form opieki pozaszpitalnej. Niezmiennie od lat, leczenie psychiatryczne w Polsce opiera się na funkcjonowaniu dużych szpitali izolujących pacjentów oraz na utrzymującej się stale małej liczbie innych niż szpitalne formy opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Z tych względów system leczenia psychiatrycznego w Polsce nadal odbiega od nowoczesnego modelu funkcjonującego w krajach Europy Zachodniej. Leczenie psychiatryczne sprowadza się generalnie do izolacji osób chorych. Tymczasem, należy mieć na względzie, że struktura organizacyjna dużego szpitala nie sprzyja indywidualnemu i podmiotowemu podejściu do chorego, a dłuższy pobyt w takim miejscu może skutkować przewlekłym przebiegiem leczenia zaburzeń psychicznych. Ten archaiczny model opieki instytucjonalnej, o czym należy pamiętać, ogranicza prawa osób chorych do niezależnego życia i prowadzi do ich stygmatyzowania i wykluczenia ze społeczeństwa. Dlatego, tak ważne jest przebudowanie modelu leczenia psychiatrycznego w Polsce i oparcie go na modelu środowiskowym,

w którym podstawowym miejscem leczenia i opieki psychiatrycznej będą różnorakie formy opieki pozaszpitalnej, zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania chorego.

III. Działania Rzecznika Praw Obywatelskich

Kwestia realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego od początku jego funkcjonowania była w szczególności zainteresowaniem Rzecznika.

W roku 2008 r., w związku ze zmianą ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stworzono podstawy do funkcjonowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), który miał być realizowany w latach 2011-2015. Wdrożenie niniejszego Programu od początku było zagrożone w związku z przedłużającymi się pracami nad przepisami wykonawczymi. Z uwagi na powyższe, Rzecznik w piśmie z dnia 22 października 2010 r. (sprawa nr RPO-658072/10) wystąpił do Ministra Zdrowia z zapytaniem odnośnie terminu przyjęcia przepisów wykonawczych koniecznych do wdrożenia Programu. W odpowiedzi, Rzecznik został jednak zapewniony o terminowym jego wdrożeniu oraz poinformowany o trwających pracach nad projektem rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W tym miejscu należy podkreślić, że przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. nr 24 poz. 128) weszły w życie dopiero w dniu 18 lutego 2011 r., czyli po ponad dwóch latach od wejścia w życie ustawy, na podstawie, której zostały wydane. Skutki zaniedbań resortu w tym zakresie potwierdziła również Najwyższa Izba Kontroli w wynikach przeprowadzonej kontroli (Informacja z wyników kontroli z dnia 8 maja 2012 r., Kontrola nr P/11/093, nr ewid. 19/2012/P/11/093/KZD).

Oprócz zaniedbań w zakresie terminowości podjęcia prac w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rzecznik otrzymywał liczne sygnały, wskazujące, że Minister Zdrowia nie wdrożył nowych rozwiązań systemowych, które usprawnić miały funkcjonowanie opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami

psychicznymi, a także nie zapewnił prawidłowej realizacji zadań przez organy doradcze i koordynacyjne, które powinny wspierać działania zapobiegające zaburzeniom psychicznym. Okoliczności te spowodowały konieczność podjęcia kolejnej interwencji i pismem z dnia 14 września 2012 r. oraz 3 grudnia 2012 r. (sprawa nr RPO-712556-V/12) Rzecznik Praw Obywatelskich ponownie wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o ustosunkowanie się do stawianych zarzutów oraz rozważenie możliwości utworzenia odrębnej struktury koordynującej realizację Programu. Rzecznik zasygnalizował też, że brak jest odpowiednich regulacji prawnych, które umożliwiłyby Narodowemu Funduszowi Zdrowia zawieranie umów o udzielaniu świadczeń z centrami zdrowia psychicznego.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika, pismem z dnia 22 marca 2013 r., Minister Zdrowia poinformował, że ze względu na sytuację budżetu państwa, środki finansowe przeznaczone na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego są ograniczone, jednakże Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, by Program mógł być realizowany w jak najszerszym obszarze. Resort zaznaczył też, że jednym z istotnych zadań przewidzianych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego do realizacji przez Ministra Zdrowia jest stworzenie formuły "centrów zdrowia psychicznego", a zatem zbudowanie i upowszechnienie modelu opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego.

Bardzo ogólna odpowiedź resortu, a przede wszystkim brak, w następnych miesiącach, postępu we wdrażaniu idei centrów zdrowia psychicznego, skłoniły Rzecznika do ponownego wystąpienia do Ministra Zdrowia. W piśmie z dnia 30 grudnia 2013 r. (nr sprawy: V.7016.35.2016), Rzecznik ponownie sygnalizował konieczność przeprowadzenia zmian legislacyjnych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, bez których budowa i upowszechnianie modelu opieki środowiskowej było zagrożone. Rzecznik po raz kolejny zwrócił się o wyjaśnienie kwestii podpisywania umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia z centrami zdrowia psychicznego, gdyż Prezes NFZ nadal stał na stanowisku, że w obowiązującym stanie prawnym nie jest to możliwe. Rzecznik zwrócił również uwagę na potrzebę

opracowania strategii działań po roku 2015 w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika, resort przedstawił bardzo ogólną odpowiedź, która niestety nie odnosiła się do większości podnoszonych problemów.

W ocenie Ministerstwa, ówczesnie obowiązujący wykaz świadczeń gwarantowanych zapewniał realizację świadczeń przypisanych centrom zdrowia psychicznego. Zawieranie umów byłoby, zdaniem resortu, możliwe poprzez stworzenie przez NFZ nowego produktu kontraktowego zapewniającego finansowanie kompleksowej działalności z zakresu zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień. Resort wskazał również, że stoi na stanowisku, że ewentualne centra zdrowia psychicznego winny powstać na bazie istniejących już podmiotów leczniczych, czyli szpitali psychiatrycznych. Przy czym, resort zaznaczył, że w obecnym stanie prawnym i finansowym nie jest możliwe narzucenie podmiotom leczniczym przekształcania się w centra jak również nie jest możliwe wybudowanie nowych jednostek, które spełniałyby wymagania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W odniesieniu natomiast do kwestii strategii działań w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień po roku 2015, resort zapewnił, że trwają intensywne prace nad projektem w tym zakresie.

Dalszy brak postępów w realizacji programu zdrowotnego, który miał zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz podjęcie prac nad Narodowym Programem Zdrowia (NPZ), skłoniły Rzecznika do ponownego wystąpienia do Ministra Zdrowia. W swoim wystąpieniu z dnia 21 lipca 2015 r. (sprawa nr V.7016.35.2014) Rzecznik Praw Obywatelskich raz jeszcze przedstawił swoje krytyczne uwagi odnośnie wykonania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz zwrócił się do Ministra o ponowną analizę skutków odejścia od osobnego programu naprawczego dla psychiatrii. Zaniechanie w zakresie realizacji indywidualnego programu dla psychiatrii może bowiem doprowadzić do pogłębiania zapaści w tym obszarze ochrony zdrowia.

W odpowiedzi, Minister zapewnił, że w rozporządzeniu Rady Ministrów - Narodowy Program Zdrowia - uregulowana zostanie problematyka związana z promocją zdrowia i profilaktyką zaburzeń psychicznych, natomiast pozostałe kwestie zostaną zamieszczone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, który będzie wydany na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

IV. Raport Najwyższej Izby Kontroli

W okresie od 4 maja – do 19 września 2016 r. Najwyższa Izba Kontroli (dalej: NIK) przeprowadziła planową kontrolę (P/16/055) w przedmiocie realizacji zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w trakcie której skontrolowano 21 jednostek, w tym: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, wybrane urzędy marszałkowskie, starostwa powiatowe i urzędy gminne.

NIK bardzo negatywnie oceniło realizację Programu.

Jak wynika z Informacji o Wynikach Kontroli sporządzonej przez NIK (dalej: Raport), Ministrowi Zdrowia, któremu powierzono kierowanie i koordynowanie Programu, przydzielonych zostało do realizacji 32 zadania, spośród których zrealizował tylko 3: tj: ustalił priorytety promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (zadanie 1.1.1), zainicjował projekty informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (1.3.1), a także dokonał przeglądu obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia (1.3.3).

Minister Zdrowia, w latach 2011–2015, nie zrealizował natomiast najistotniejszych 29 zadań, w tym:

a) w ramach promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny) - nie zrealizowano 12 zadań spośród 15 zaplanowanych;

b) w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny) - nie zrealizowano żadnego z 12 przewidzianych zadań;

c) w ramach rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (trzeci cel główny) - nie zrealizowano żadnego zadania spośród pięciu zaplanowanych.

Minister Edukacji Narodowej zrealizował tylko 2 zadania, spośród 9 przypisanych mu do wykonania.

MEN nie wykonał siedmiu zadań, tj.:

- nie ustalono listy priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania (zadanie nr 1.1.1.);

- nie opracowano i nie wdrażano pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego (zadanie nr 1.1.2.).

W trakcie kontroli ustalono, że dopiero trzy miesiące przed zakończeniem Programu, pismem z dnia 7 października 2015 r., Minister poinformował Kuratorów Oświaty oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji o obowiązku realizacji zadań NPOZP.

- z czteroletnim opóźnieniem został opracowany program zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży (zadanie nr 1.2.1.). Zgodnie z NPOZP zadanie to powinno być zrealizowane w terminie – do sierpnia 2011 r., a wykonano je dopiero w dniu 24 września 2015 r.

- nie opracowano programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży (zadanie nr 1.2.3.), a w związku z tym nie przystąpiono do jego realizacji (zadanie nr 1.2.4.).

- nie zorganizowano kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi (zadanie nr 1.3.1.).

- nie opracowano programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty (zadanie nr 1.4.1.). W następstwie tego nie wdrożono takiego programu w jednostkach oświaty (zadanie nr 1.4.2.).

Narodowy Fundusz Zdrowia miał zrealizować 3 zadania, których realizacja miała zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, a w szczególności miała przyczynić się do upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (drugi cel główny, zadania: 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3. w NPOZP).

Narodowy Fundusz Zdrowia nie zrealizował zadania nr 2.1.3., tj. nie przygotował projektu finansowania świadczeń do pilotażowego programu wdrożenia modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach. Realizacja tego zadania przez NFZ powinna być bowiem poprzedzona przygotowaniem przez Ministra Zdrowia pilotażowego programu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, w wybranych województwach. Brak określenia przez Ministra Zdrowia zasad pilotażowego programu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej uniemożliwił opracowanie modelu finansowania świadczeń w tym zakresie.

NFZ opracował natomiast i wdrożył system finansowania świadczeń zdrowotnych nawiązujący do specyfiki modelu środowiskowego (zadanie 2.1.1.).

Samorządy województw, objęte kontrolą, nie realizowały wszystkich zadań przypisanych im w NPOZP, a część wykonywana była w niepełnym zakresie i nieterminowo.

W ocenie NIK, także inni ministrowie (nieobjęci kontrolą NIK), nie realizowali wszystkich przypisanych im zadań.

Zgodnie z Raportem, niezapewnienie prawidłowej realizacji NPOZP uniemożliwiło stworzenie spójnego i zróżnicowanego systemu skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych, a także poprawę jakości życia oraz integrację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi. W ocenie NIK, głównymi przyczynami niezrealizowania NPOZP było: niezaplanowanie środków finansowych przez realizatorów zadań NPOZP, nieskuteczna koordynacja Programu, ogólnikowość części celów i zadań, a także brak woli i konsekwencji we wprowadzaniu zmian.

V. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017-2022

Realizacja NPOZP zaplanowana została na lata 2011-2015 r. W roku 2016 miał zacząć obowiązywać nowy Program, niestety został on ogłoszony dopiero w dniu 8 marca 2017 r. - rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458). Oznacza to, że przez ponad rok Program nie mógł być realizowany.

Zgodnie z założeniami, podstawowymi celami tego Programu jest:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb; poprzez:
 - a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - d) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
 - e) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;

- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, poprzez:
 - a) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności
- 3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu, poprzez gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane

Podmiotami zobowiązanymi do jego realizacji, będą, tak jak poprzednio:

- 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, zabezpieczenia społecznego, rodziny, pracy, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości oraz obrony narodowej;
- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ);
- 3) samorządy województw, powiatów i gmin.

Podmiotem kierującym realizacją NPOZP będzie minister do spraw zdrowia.

VI. Skargi indywidualne:

Obszar ochrony zdrowia psychicznego od lat jest przedmiotem zainteresowania i troski Rzecznika Praw Obywatelskich. Oprócz badania indywidualnych skarg, pracownicy BRPO przeprowadzają także wizytacje szpitali psychiatrycznych pod kątem przestrzegania praw człowieka i zapobiegania poniżającemu bądź niehumanicznemu traktowaniu (Krajowy Mechanizm Prewencji). W biurze działa także Komisja

Ekspertów ds. Osób z Niepełnosprawnościami, która poświęca szczególną uwagę osobom chorym psychicznie.

Najczęstszy problem, który jest sygnalizowany w pismach do Rzecznika dotyczy warunków bytowych w szpitalach psychiatrycznych. Pacjenci nadal narzekają na zły stan techniczny budynków. Jako przykład można wskazać sprawę (V.7016.112.2014) dotyczącą dramatycznych wręcz warunków, w jakich leczeni są pacjenci Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dalej: IPIN lub Instytut). Instytut, z uwagi na zadłużenie sięgające około 56 mln złotych od lat nie był bowiem remontowany. Nieszczelne okna, przeciekające dachy, zagrzybienie pomieszczeń, czy niska temperatury na salach chorych (do 15° C w okresie zimowym) - to codzienność z jaką mają do czynienia pacjenci IPIN-u. Tak dramatyczny opis warunków w jakich leczeni są chorzy skłonił Rzecznika do wystąpienia do Ministra Zdrowia, który zapewnił Rzecznika, że resort, ze względu na bardzo złe warunki higieniczno-sanitarne, techniczne i lokalowe panujące w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dołoży wszelkich starań, aby poprawić infrastrukturę techniczną i zwiększyć efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w tym zakresie. W efekcie, Ministerstwo dokonało analizy możliwości objęcia finansowaniem nowego zadania inwestycyjnego przedmiotowej jednostki pn. „Przebudowa istniejących Klinik Psychiatrycznych”. Złożony przez Instytut wniosek inwestycji został zweryfikowany pod względem możliwości jego sfinansowania z budżetu państwa i decyzją z dnia 29 maja 2015 r. . ww. zadanie o wartości kosztorysowej inwestycji (WKI) w wysokości 13 772 tys. zł, z zaplanowanym okresem realizacji w latach 2015-2017, zostało przyjęte do finansowania w ramach budżetu państwa. Aktualnie oczekujemy na informacje o przebiegu i efektach podjętych inwestycji.

Nadto, Rzecznik nadal otrzymuje liczne skargi dotyczące wyżywienia pacjentów w placówkach leczniczych (nr V.7010.68.2016). Pacjenci skarżą się na wielkość i jakość podawanych posiłków czy brak ich urozmaicenia, a należy mieć na względzie, że stosownie do art. 5 pkt 34 i 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze

zm.), wyżywienie mieści się w zakresie pojęcia świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i całodobowym. Co oznacza, że podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych (w tym szpital) zobowiązany jest w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zapewnić pacjentom wyżywienie adekwatne do stanu zdrowia. Zgłaszane przez pacjentów uwagi w tym zakresie skłoniły Rzecznika do wystąpienia do Ministra Zdrowia, który w odpowiedzi poinformował, że w jego ocenie, problem odpowiedniego żywienia jest niezmiernie ważny, bowiem właściwa ocena stanu odżywienia i wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia zwiększa szanse chorych na wyzdrowienie, zwiększa skuteczność zarówno leczenia zachowawczego, jak i zmniejsza ryzyko powikłań. Dzięki temu skraca się także czas hospitalizacji oraz obniżane są całkowite koszty leczenia. Resort wyjaśnił, że aktualnie nie ma określonych średnich stawek żywieniowych na jednego pacjenta, które mogłyby obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych. Dzienną stawkę żywieniową w szpitalu ustala kierownik podmiotu leczniczego. Szpitale, w kalkulacji kosztów leczenia, powinny wziąć pod uwagę, że nierozpoznane niedożywienie oraz niewłaściwe odżywianie w czasie leczenia jest czynnikiem przedłużającym zdrowienie i podnoszącym koszty leczenia. Resort podkreślił również, że brak przepisów regulujących szczegółowo zasady żywienia w szpitalach (standard żywienia), wynika przede wszystkim z faktu, że wymagałoby to opracowania ogromnej ich liczby. Każda bowiem choroba, a także każde jej stadium wymaga innego rodzaju żywienia. Rzecznik Praw Obywatelskich przyjął do wiadomości wyjaśnienie Ministra Zdrowia. Problem ten będzie jednak nadal monitorował i w miarę będą podejmowane dalsze działania.

W roku 2016, Rzecznik Praw Obywatelskich prowadził sprawę małżonków, którzy mimo, że przebywają w jednym zakładzie opiekuńczym, nie mogą zamieszkiwać wspólnie. Jednemu z małżonków udzielane są bowiem świadczenia opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a drugiemu

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Przed hospitalizacją w ZOL małżonkowie przez wiele lat zamieszkiwali wspólnie i nadal wyrażają chęć wspólnego zamieszkiwania. Niestety, jak wskazał Rzecznik Praw Pacjenta, na przeszkodzie temu stoją przepisy, które nie przewidują sytuacji, w której w ramach danego zakresu świadczeń jeden z pacjentów objęty jest opieką w innej komórce organizacyjnej. Z uwagi na powyższe, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który w odpowiedzi poinformował, że możliwość jednoznacznego wypowiedzenia się odnośnie wspólnego zamieszkania w jednym pokoju przez małżonków warunkowana jest wskazaniem medycznymi do pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym o profilu ogólnym jednego z małżonków, gdzie decydującą przesłanką kwalifikującą pacjenta jest jego aktualny stan zdrowia. Właściwym i upoważnionym zaś do oceny umieszczenia pacjenta w danym rodzaju zakładu opiekuńczo-leczniczego, jest lekarz po uprzednim ustaleniu aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Pacjenci w pismach kierowanych do Rzecznika skarżą się również na ograniczenia w zakresie korzystania z telefonów komórkowych. Niektóre szpitale wprowadzają takie ograniczenia, w szczególności dotyczy to telefonów wyposażonych w aparaty fotograficzne czy kamery. Pacjenci sygnalizują również problem braku legalnych palarni w szpitalach psychiatrycznych. W szpitalach obowiązuje bowiem całkowity zakaz używania wyrobów tytoniowych.

Sporządziła:
Joanna Koczorowska
Główna Specjalistka
w Zespole V