

Stanowisko Instytutu Strategii 2050

w związku z konsultacjami publicznymi projektu Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

02.02.2023

dr hab. n. med. Cezary Pakulski

Współpraca:

prof. n.med. Urszula Demkow

dr n. med. Grzegorz Kardas

r. pr. Miłostawa Zagłoba

lek. Bartłomiej Kubacki

Ochrona zdrowia psychicznego to dla Instytutu Strategii 2050 niezwykle ważny temat. Analiza programowa poświęcona psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych była drugim po dokumencie „Państwo i Kościół na swoje miejsca” i pierwszym poświęconym systemowi ochrony zdrowia opracowaniem Instytutu. Od daty ogłoszenia analizy „Opieka psychiatryczna dla dorosłych oraz opieka psychologiczno-psychiatryczna dla dzieci i młodzieży” niedługo upłyną dwa lata. W naszym opracowaniu bardzo wysoko ocenialiśmy wprowadzany w formie pilotażu program tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Uważaliśmy, że jest to program dobrze skonstruowany i co bardzo ważne obudowany finansowaniem ryczałtowym. W wielu kwestiach byliśmy zgodni z kolejnymi promowanymi przez drMarka Balickiego (ówczesnego pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy psychiatrii) propozycjami rozwiązań naprawy, a w zasadzie budowy od podstaw, systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych. Przez cały czas byliśmy również orędownikami szybkiego uruchomienia nowego, opartego na czterech poziomach referencyjnych systemu kompleksowej i skoordynowanej opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Lobbowaliśmy za jednoczesnym uruchomieniem wszystkich pięter systemu.

Po zapoznaniu się z treścią projektu Rozporządzenia Rady Ministrów (projekt z dnia 11 stycznia 2023 roku) w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wraz z załącznikiem czujemy się rozczarowani i skonfundowani.

Narodowy Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 nie zawiera harmonogramu zmian, które mają być wprowadzane w opiece psychiatrycznej, realizacja programu została znacznie rozciągnięta w czasie, nie uwzględniono informacji o sposobie jego finansowania, wreszcie prezentowana wersja programu została pozbawiona informacji o tworzeniu w ramach NPOZP ośrodków specjalnych i referencyjnych. Już tylko z tych powodów Narodowy Projekt Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 i wprowadzający go w życie projekt Rozporządzenia Rady Ministrów oceniamy niedostatecznie.

(I) Uwagi ogólne i wstępne

1. Prezentowany NPOZP jest od roku 2011 trzecim z kolei programem, którego wykonanie zaplanowano w perspektywie wieloletniej. Z każdym kolejnym programem obserwujemy wydłużenie okresów ich realizacji. NPOZP na lata 2011–2015 uchwalony przez rząd Platforma Obywatelska/Polskie Stronnictwo Ludowe trwał 5 lat, NPOZP na lata 2017–2022 uchwalony przez rząd Prawa i Sprawiedliwości trwał 6 lat. Obecny program został zaplanowany aż na 8 lat (2023–2030). To bardzo zła decyzja, bo wskazuje, że termin zakończenia realizacji reformowania systemu psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych może zostać przesunięty aż na rok 2030. Przemawia za tym pominięcie w NPOZP mapy drogowej budowania nowych systemów psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych. NPOZP nie informuje, kiedy każdy kolejny krok nastąpi, nie podaje też daty zakończenia organizacji systemów. Daje to możliwość przesunięcia zakończenia realizacji programów na rok 2030. Co warte podkreślenia, jeszcze w 2021 roku Marek Balicki, wtedy pełnomocnik MZ ds. reformy psychiatrii dorosłych, w publicznych wystąpieniach zapewniał, że reforma systemu opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla całej populacji (dzieci, młodzieży i dorosłych), łącznie z uruchomieniem ośrodków referencyjnych i specjalnych powinna się zakończyć w roku 2027. Stoimy na stanowisku, iż rok 2027 to termin zbyt odległy. System opieki psychiatrycznej i pacjenci nie mogą dalej czekać.
2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 nie podejmuje tematu tworzenia i finansowania ośrodków II i III poziomu referencyjnego w nowo tworzonym systemie opieki psychiatrycznej dla

dorostych i oddziałów specjalnych w systemie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Ośrodki II poziomu referencyjnego dla dorosłych powinny zapewnić realizację konkretnych i złożonych programów zdrowotnych, np. (-) leczenia zaburzeń lękowych; (-) leczenia uzależnień.

W NPOZP brak danych o wysokospecjalistycznych ośrodkach dla szczególnie trudnych diagnostycznie i w leczeniu przypadków, które miałyby funkcjonować na bazie ośrodków klinicznych.

W NPOZP nie można również znaleźć informacji dotyczących oddziałów specjalnych w systemie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, np. (-) oddziału leczenia zaburzeń odżywiania, (-) oddziału leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych, czy uruchomionych w roku 2021 jednostek realizujących program oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin.

3. Kolejny w tej części opinii wskazywany przez nas zasadniczy niedostatek NPOZP na lata 2023-2030 to brak jasnego określenia wielkości finansowania psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych.

Stwierdzenia typu „dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” w tak kluczowym programie obejmującym tak długi okres obowiązywania są zwyczajnym uchyleniem się przed merytoryczną i konkretną regulacją. Oczekujemy, że na całą psychiatrię konieczne jest zadeklarowanie nakładów w wysokości minimum 6% rocznego budżetu NFZ na zdrowie i zupełnej zmiany sposobu wydawania tych funduszy.

Dla przykładu - Niemcy na finansowanie opieki psychiatrycznej wydają 10% swoich środków finansowych na zdrowie. 6% budżetu NFZ to tylko o 3 mld złotych rocznie więcej niż dzisiaj. Źródłem tego finansowania w roku 2023 mogłyby być środki, które na mocy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry są zaplanowane do wyprowadzenia z rezerwowego funduszu w NFZ do Funduszu Covidowego.

W kolejnych latach źródłem finansowania powinny być środki, które w rocznym planie finansowym NFZ zostaną zaplanowane jako

zwiększenie finansowania opieki psychiatrycznej; oraz środki pochodzące z Funduszu medycznego.

(II) Rzetelność procesu konsultacji projektu

1. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 przedstawiony do konsultacji społecznych nie został przesłany do ani jednej organizacji pacjentów, w tym osób po kryzysach psychicznych i rodzin np. Związek Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychicznie „Polfamilia”, czy wyspecjalizowanych fundacji (np. Fundacji eKropka). Projekt na żadnym etapie nie był konsultowany ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, które jest prekursorem modelu opieki psychiatrii środowiskowej i od lat 70-tych propaguje jego wprowadzenie. W konsultacjach projektu pominięto środowiska specjalistów w zakresie zawodów medycznych kluczowych dla realizowania zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, takich jak lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, terapeuci, psychologowie. Pominięto organizacje, stowarzyszenia, fundacje zajmujące się Zakładami Aktywności Zawodowej, pracą chronioną, mieszkalnictwem trenigowym (np. Stowarzyszenie Otwarte Drzwi, które organizuje m.in. Giełdy Mocy).
2. Spośród 32 instytucji, do których w dniu 13.01.2023 r. Ministerstwo Zdrowia zwróciło się o przedstawienie swojego stanowiska i zgłoszenie ewentualnych uwag do przedmiotowego projektu (pismo ZPP.0210.12.2022.DJZ), tylko 14 jest tematycznie i funkcjonalnie włączonych w proces organizowania systemu opieki psychologiczno-psychiatrycznej i zaspokajania potrzeb zdrowotnych z zakresu zdrowia psychicznego, a więc mogą być źródłem merytorycznych uwag / poprawek do projektu NPOZP. W tym miejscu sam nasuwa się wniosek, że projekt nie został poddany właściwym konsultacjom. Po raz kolejny można więc zadać pytanie, kiedy standardem w tego typu procesie legislacyjnym stanie się stały i merytoryczny kontakt z towarzystwami, fundacjami, czy innymi organizacjami pozarządowymi, które zajmują się szeroko pojętym tematem zdrowia psychicznego.

Pominięcie tych organizacji jest równoznaczne z nieudzieleniem głosu środowiskom faktycznie zainteresowanym jakością wprowadzanych zmian oraz uczestniczącym później w charakterze interesariuszy w ich wprowadzaniu, co obniża wartość proponowanych rozwiązań i stanowionego prawa. Jest to również działanie przeciwnie skuteczne. Informowanie w rozdziale 2 o celach i zadaniach programu (Punkt 1; podpunkt 2 – strona 7), że jednym z celów jest „prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi”, gdy w procesie stanowienia prawa i potem jego konsultowania nieuwzględniono opinie osób doświadczających kryzysów psychicznych i ich rodzin stygmatyzuje tę grupy. Pominięcie grup pacjentów i ich rodzin na liście jednostek zaproszonych do udziału w konsultacjach powoduje, że po wejściu ostatecznej wersji projektu w życie zmniejsza się szansa korzystania z doświadczeń organizacji ich zraszających przez Centra Zdrowia Psychicznego, które mając obowiązek współdziałania z tymi organizacjami mogą nie widzieć takiej potrzeby.

3. Rekomendujemy wydłużenie okresu konsultacji publicznych o minimum 1 miesiąc i skierowanie zaproszeń do udziału w konsultacjach do organizacji pacjentów, towarzystw naukowych i gromadzących specjalistów, stowarzyszeń, fundacji, NGO-ów wykonujących zadania w zakresie i na rzecz zdrowia psychicznego.

(III) Rekomendacje szczegółowe

1. Rozdział 1. Diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego

- a) Cytując dane Komendy Głównej Policji o liczbie samobójstw przemilczano niezwykle istotne dane dotyczące zachowań samobójczych i samobójstw wśród dzieci i nastolatków poniżej 18. roku życia.

Dane Policji za 2022 rok pokazują gwałtowny wzrost zachowań samobójczych wśród młodych osób. W 2022 roku 2031 małoletnich podjęło próbę samobójczą i aż 150 z tych prób zakończyło się śmiercią. W stosunku do 2021 roku jest to wzrost odpowiednio o 36%

zachowań samobójczych oraz o 18% przypadków śmierci samobójczych. Obok ogólnego wzrostu liczby zachowań samobójczych oraz śmierci samobójczych, szczególnie niepokojący jest wzrost dotyczący podejmowania zachowań samobójczych w grupie dziewczynek. W 2021 roku Komenda Główna Policji (KGP) zarejestrowała wzrost tego wskaźnika o 101% [<https://www.gov.pl/attachment/82261ed5-8c47-4ab7-9241-18fca8ea75ab>]. O te dane NPOZP powinien zostać uzupełniony.

2. Rozdział 2 Cele i zadania programu

- a) Ad punkt 2 postulujemy uzupełnienie o treści dotyczące tworzenia ośrodków II i III poziomu referencyjnego w nowotworzonym systemie opieki psychiatrycznej dla dorosłych oraz oddziałów specjalnych w systemie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Ośrodki II poziomu referencyjnego dla dorosłych powinny zapewnić realizację konkretnych i złożonych programów zdrowotnych, np. (-) leczenia zaburzeń lękowych; (-) leczenia uzależnień; (-) leczenia zaburzeń osobowości. W NPOZP brak danych o wysokospecjalistycznych ośrodkach dla szczególnie trudnych diagnostycznie i w leczeniu przypadków zachorowań, które miałyby funkcjonować na bazie ośrodków klinicznych. W NPOZP nie można również znaleźć informacji dotyczących oddziałów specjalnych w systemie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży: (-) oddziału leczenia zaburzeń odżywiania, (-) oddziału leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych, czy uruchomionych w roku 2021 jednostek realizujących program oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin.

- b) Ad punkt 2 - cele szczegółowe programu - podpunkt 1a (strona 7) – „Upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej”

Przedłużanie w nieskończoność pilotażu Centrum Zdrowia Psychicznego co roku na kolejny 1 rok nie jest zrozumiałym postępowaniem. Poprzedni okres realizacji pilotażu dla CZP upływał z końcem roku 2022 i niemal do samego końca roku kalendarzowego nie było wiadomo, czy zostanie przedłużony na rok kolejny. Gdy w końcu właściwa decyzja została podjęta ponownie okazało się, że pilotaż CZP ma trwać tylko do końca 2023 roku (czyli rok), chociaż wiadomo, że proces upowszechnienia nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej nie zostanie zakończony do końca roku 2023. Brak opracowania dokładnej mapy drogowej harmonogramu tworzenia ośrodków CZP w kolejnych powiatach i kolejne pilotażowe „chwilówki” ograniczają i spowalniają proces powstawania nowych, spełniających wymagane kryteria ośrodków CZP na szeroką skalę. Ten proceder skutkuje też generowaniem niepewności zarówno wśród zarządzających jednostką CZP, jak i zatrudnionego tam personelu medycznego, czy model opieki środowiskowej oparty na CZP zostanie utrzymany w przyszłości. Pomijając treść konsultowanego projektu pamiętamy, że zapisy NPOZP dla okresu 2011–2015 w części dotyczącej m.in. tworzenia CZP przez kilka kolejnych lat nie były realizowane i pozostały jedynie na papierze. Nasze stanowisko uzasadnia fakt, że NPOZP dla okresu 2017–2022 miał wprowadzić model opieki środowiskowej poprzez odpowiednie przepisy w akcie wyższego rzędu, to jest w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Jeszcze na początku roku 2021 takie gwarancje przedstawiał doktor Marek Balicki, wtedy Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii.

- c) Ad Punkt 2 – cele szczegółowe programu – podpunkt 1e i f (strona 7) – „aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi” oraz „skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia”.

Obecnie realizacja tych przepisów jest bardzo mocno ograniczona i obserwujemy w zasadzie nieskuteczne przepisywanie regulacji do kolejnych rozporządzeń w sprawie NPOZP. Źródłem wskazywanych ograniczeń są obowiązujące przepisy prawa dotyczące zasad przekazywania danych pomiędzy systemem ochrony zdrowia

a ośrodkami pomocy społecznej. Żeby realizacja podpunktów 1e i 1f w końcu stała się możliwa do realizacji niezbędne będą zmiany w kilku ustawach, które uszczegółowią obecnie funkcjonujące zasady tzw. tajemnicy lekarskiej oraz sprecyzują jakie dane i w jakim zakresie mogą być przekazywane. Zmian, na konieczność których wskazujemy dotyczą: Ustawa o pomocy społecznej (artykuł 105), Ustawa o prawach pacjenta i RPP (artykuł14).

d) Ad Punkt 3 - zadania podmiotów - podpunkt II. Minister właściwy do spraw zdrowia; Cel szczegółowy „Upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne” (strona 9)

postulujemy:

- uzupełnienie zadań do zrealizowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia o zadanie 5 polegające na przygotowaniu projektów zmian ustawy o prawach pacjenta i RPP, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w taki sposób, żeby osoba małoletnia znajdująca się w potrzebie psychologiczno-psychiatrycznej uzyskała prawo zgłoszenia się po pomoc do poradni pierwszego poziomu referencyjnego dla dzieci lub do CZP bez wymogu uprzedniego uzyskania zgody rodzica lub opiekuna, z zachowaniem obowiązku poinformowania rodzica/opiekuna przez CZP o udzielonej poradzie, rozpoznaniu i wskazówkach co do dalszego postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego. Zaburzenia psychiczne, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, są często silnie związane z funkcjonowaniem w otoczeniu rodzinnym i społecznym, zasadne jest zatem umożliwienie małoletnim uzyskania porady specjalistycznej, jeśli stan ich zdrowia wymaga interwencji specjalisty.

e) Ad Punkt 3 - zadania podmiotów - podpunkt II. Minister właściwy do spraw rodziny oraz zabezpieczenia społecznego; wskaźnik monitorujący (strona 11) – „Roczny raport określający zasoby i dostępność oparcia społecznego oraz liczbę osób korzystających z różnych form pomocy w skali kraju i w poszczególnych województwach” postulujemy:

- rozszerzenie katalogi zadań ministra o obowiązek monitorowania, jako parametru, efektów usamodzielniania się i/lub aktywizacji zawodowej / społecznej w grupach osób realizujących się w Środowiskowych Domach Samopomocy, Warsztatach Terapii Zajęciowej lub podobnych działaniach.

f) Ad Punkt 3 - zadania podmiotów - podpunkt III. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; zadanie 2 (strona 13) – „Przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia programów i działań antystygmatyzacyjnych” postulujemy:

- rozszerzenie katalogu zadań ministra właściwego ds. edukacji o przygotowanie i wprowadzenie obowiązkowo w każdej szkole systemowego programu monitorującego zjawiska agresji rówieśniczej, prześladowanie, zastraszanie, czy nękanie. Postulujemy również, aby jako zadanie wpisać obowiązek wprowadzenia rzetelnej edukacji prozdrowotnej z elementami zdrowia publicznego. Cele i treści nauczania edukacji prozdrowotnej powinny być dostosowane do potrzeb oraz rozwoju fizycznego i psychospołecznego dziecka.

Na podstawie pierwszego celu szczegółowego: „udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom” (strona 12) w związku ze wskazanym w podpunkcie X niniejszego rozdziału: Jednostki samorządu terytorialnego (strona 17), celem szczegółowym nr 2 „udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach oświatowych” (strona 18), zadanie ministra właściwego do spraw edukacji - „przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, w szczególności młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi” należy uzupełnić o obowiązek zapewnienia środków finansowych dla jednostek samorządu terytorialnego w celu umożliwienia wypełnienia obowiązku zapewnienia obecności psychologa w każdej szkole.

- g) Ad Punkt 3 zadania podmiotów, podpunkt V. Minister właściwy do spraw wewnętrznych; cel główny (strona 13) – „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb” postulujemy stworzenie mechanizmów ściślejszego nadzoru nad stosowaniem przez funkcjonariuszy służb środków przymusu bezpośredniego oraz przygotowanie programów szkoleniowych dla funkcjonariuszy w zakresie postępowania w przypadkach dotyczących podejmowania interwencji wobec osób z podejrzeniem zaburzeń psychicznych oraz mechanizmów zapewnienia takim osobom wsparcia lekarskiego, psychologicznego i/lub psychiatrycznego oraz prawnego.

Ad Punkt 3 – zadania podmiotów – podpunkt VI. Minister Obrony Narodowej; zadanie 3 (strona 14) – „Monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego: weteranów działań poza granicami państwa i weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa.”

- h) Ad Punkt 3 – zadania podmiotów – podpunkt VII. Narodowy Fundusz Zdrowia; zadania 1-4 (strona 14) – dotyczące finansowania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz finansowanie specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego planowany na lata 2023–2030 nie może mieć takiego poziomu powierzchowności merytorycznej. Powinien zawierać harmonogram wzrostu finansowania wszystkich poziomów referencyjności opieki psychiatrycznej dla dzieci, młodzieży i dorosłych w Polsce oparty o twarde wskaźniki. Do jakiego poziomu finansowania dążymy i według jakiego harmonogramu. Uważamy, że do roku 2027 poziom finansowania opieki psychiatrycznej dla dzieci, młodzieży i dorosłych powinien osiągnąć poziom co najmniej 6% Planu Finansowego NFZ, co biorąc pod uwagę 3,7% w roku 2023 jest zobowiązaniem koniecznym. Po lekturze Rozdziału 1 Załącznika do rozporządzenia

Rady Ministrów w sprawie ZPOZP „Diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego”, możemy się spodziewać, że rząd wie, w którym miejscu jesteśmy i do jakich zagrożeń się zbliżamy.

i) Ad Punkt 3 – zadania podmiotów – podpunkty VIII-X. Samorzady województw, powiatów oraz gmin (strony 14-18) – dotyczące zadań do wykonania przez kolejne szczeble samorządów.

W NPOZP na lata 2023-2030 wymieniono ogromny wykaz zadań i obowiązków do wykonania przez samorzady województw, powiatów oraz gmin, natomiast nie zidentyfikowaliśmy w tekście ani jednego zdania traktującego o udziale państwa w finansowaniu wpisanych w Program zadań w formie dodatkowych dotacji z właściwych realizacji poszczególnych zadań ministerstw. Przeniesienie dodatkowych zadań na samorzady, chociażby przykładowo obowiązek udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach oświatowych, bez przekazania dedykowanych realizacji tego celu dodatkowych środków finansowych nie zostanie zrealizowany albo realizacja tego zadania będzie fikcyjna.

j) Ad Punkt 3 – zadania podmiotów – podpunkt VIII. Jednostki Samorządu terytorialnego; Cel szczegółowy: udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom 1 i 2 (strona 18) – „Wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej”.

Obecnie zadanie to nie będzie mogło być zrealizowane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne (PPP), które zajmują się głównie wydawaniem orzeczeń i opinii dla dzieci i młodzieży na podstawie już wystawionej diagnozy. W PPP obecnie brak potencjału systemowego wsparcia zarówno dla dzieci i młodzieży, jak i całej rodziny. Nie ma również możliwości realizowania niezbędnej pomocy psychologicznej, a dzieci i ich rodzice są odsyłani w inne miejsca. PPP wymagają głębokiej zmiany strukturalnej, również w kwestii wydawania dokumentów. Rodzice

dzieci z zaburzeniami psychicznymi (tak zresztą jak z niepełnosprawnościami) w przypadku każdej zmiany szkoły, przeprowadzki w inne miejsce zamieszkania (nie podlegające terytorialnie poprzedniej poradni psychologiczno-pedagogicznej), zakończenia etapu edukacyjnego, są zmuszenie występować o nowe dokumenty i rozpoczynać nową procedurę orzeczniczą w PPP.

Postulujemy również, żeby jako trzecie zadanie w celu szczegółowym „udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom” wpisać przygotowanie i wdrożenie nowych zasad orzekania w PPP o rodzaju kształcenia potrzebnego danemu dziecku i jego kwalifikacji do udzielenia takiego wsparcia. Obecnie orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego może zostać wydane w przypadku tych dzieci, których jednostka chorobowa odpowiada tej wymienionej w ustawie o systemie oświaty: dzieci niesłyszące, niewidome, słabowidzące, z niepełnosprawnością ruchową, z afazją, niepełnosprawnością intelektualną, ze spektrum autyzmu, z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Jeżeli dziecko posiada rozpoznanie inne niż któreś z wymienionych, może nie otrzymać orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

3. Rozdział 3 Zalecane rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia psychicznego

- a) Ad Punkt 1 Funkcje, struktura i organizacja CZP, podpunkt 2 struktura (strona 20) – „Istnieje możliwość udzielania przez CZP innych specjalistycznych świadczeń, w zależności od potrzeb, dla wybranych grup pacjentów (np. dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy”.

Uważamy, że ten zapis, przy braku określonych w przepisach wymagań dla CZP, na podstawie których jednym z jego zadań jest zakładanie mieszkania chronionego, czy hostelu na obszarze działania CZP, daje złudną iluzję możliwości powstawania takich form, co przełoży się na kolejną iluzję usamodzielnienia się (w miarę

posiadanego potencjału) oraz powrotu do pełnienia ról społecznych i ewentualnie zawodowych.

Na stronie 21 w drugim akapicie, po zdaniu „Zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeżeli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych” należy sprecyzować do kiedy integracja systemu psychologiczno-psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży z CZP dla dorosłych będzie dozwolone. Pozostawienie tej kwestii nieuregulowanej szczegółowo może spowodować uruchomienie lawiny łączenia zadań zdrowotnych dla dorosłych i małoletnich w jednej lokalizacji.

- b) Uwaga dodatkowa dotycząca Struktury CZP (strona 20) – istnieje prawdopodobieństwo, że brak wpisania do NPOZP podziału kompetencji Poradniami Zdrowia Psychicznego oraz Zespołami Leczenia Środowiskowego (oprócz realizowania wizyt domowych) może prowadzić do zastąpienia wizyt środowiskowych u osób, które nie mogą dotrzeć do poradni z przyczyn ciężkich chorób/zaburzeń psychicznych (schizofrenia, agorafobia, itp.) sztucznym zawyżaniem liczby pacjentów, których dany CZP ma mieć pod opieką na swoim terytorium. Spowoduje to, że nowe CZP przestaną różnić się funkcjonalnie od już istniejących Poradni Zdrowia Psychicznego, które realizują swoje zadania w DPS-ach.

Cezary Pakulski- doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz i nauczyciel akademicki, kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie oraz lekarz kierujący oddziału intensywnej terapii Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych w Szpitalu Klinicznym nr 1 PUM w Szczecinie.