

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia (MZ 726)

I. Opis sytuacji problemowej

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany przez dodanie nowego załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, przez wyodrębnienie warunków realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży na trzech poziomach referencyjnych.

Jak wskazuje Projektodawca, obecna sytuacja w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w populacji dzieci i młodzieży wskazuje na konieczność zmiany modelu opieki, wdrożenia koordynacji i określenia jakości tej opieki. Z uwagi na wzrastające i zróżnicowane potrzeby zdrowotne w tym obszarze wymagające zapewnienia dostępności do świadczeń z ww. zakresu świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży, jest konieczne wprowadzenie modelu opieki, które na te zróżnicowane potrzeby będzie odpowiadać. Zmiana polega na uproszczeniu i zwiększeniu dostępu do podstawowych świadczeń psychiatrycznych dla ww. grupy świadczeniobiorców oraz na wprowadzeniu standardu wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Działania te mają na celu zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej i zapewnienie blisko miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy właściwej opieki w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji oraz zapewnienie specjalistycznej opieki w ośrodkach przygotowanym do realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży wymagających długotrwałego i specjalistycznego leczenia.

W warunkach polskich określenie wymagań jakościowych i organizacyjnych dla świadczeń gwarantowanych wymaga wyodrębnienia świadczenia i szczegółowego opisanie zasad jego realizacji, zwłaszcza w odniesieniu do: kryteriów uprawniających do uzyskania świadczenia,

zakresu świadczenia, czy sposobu jego realizacji.

– 4 –

Choroby psychiczne, w przeciwieństwie do chorób somatycznych, powodowane są nie pojedynczym czynnikiem, ale interakcją wielu czynników, w tym czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Ciężkie zaburzenia psychiczne (ang. severe mental disorders, SMD) występują zdecydowanie rzadziej niż zaburzenia psychiczne o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, blisko 3/4 pacjentów cierpi na tzw. powszechne zaburzenia psychiczne (ang. common mental disorders, CMD). Systemy opieki psychiatrycznej są obecnie lepiej przygotowane do leczenia pacjentów z SMD, natomiast często nie są odpowiednio zorganizowane, zaopatrzone i finansowane, aby adresować potrzeby pacjentów z CMD. Konsekwencją takiej sytuacji jest nieefektywne wykorzystanie dostępnych zasobów oraz wysokie koszty pośrednie chorób psychicznych.

Prawidłowa opieka w okresie dzieciństwa i młodości stanowi istotny czynnik decydujący o kondycji zdrowia i jakości życia w dalszych jego etapach. Przede wszystkim przyczynia się do zwiększenia populacji osób zdrowych i przez to obniża koszty leczenia.

Obszar związany z rozwojem psychospołecznym dziecka i nastolatka jest zagadnieniem wielopoziomowym i wieloczynnikowym, a zdrowie psychiczne dziecka zależy również od czynników związanych ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym, takich jak: sytuacja rodzinna dziecka i otwartość opiekunów na współpracę z różnymi instytucjami, stan zdrowia – zarówno dziecka jak i jego opiekunów, przyjazne środowisko nauczania oferujące adekwatne formy wsparcia dla dziecka i jego rodziny, które niewątpliwie są niezbędne dla utrzymania dobrego stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Jednocześnie profilaktyka oraz promowanie zdrowego stylu życia wśród najmłodszych ma wpływ na przyszłą populację osób w wieku produkcyjnym – od aktualnego stanu zdrowia dzieci zależy bowiem zdrowie przyszłych pokoleń.

Należy zauważyć, iż problemy zdrowia psychicznego dzieci narastają i są wynikiem wielu czynników w tym globalizacji, warunków społecznych, ekonomicznych, trudności okresu dorastania, życia rodzinnego (rozpad/rozwód rodziny), poziomu relacji rodziców do dziecka, który w stopniu ograniczonym może zwiększać poczucie osamotnienia i zwiększać ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych.

Jednym z czynników, który może przyczyniać się do pogarszania się zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jest również odczuwany stres, narażenie na niego i radzenie sobie z nim, który odgrywa ważną rolę w życiu każdego z nas. Trudność radzenia sobie w sytuacjach stresowych wiąże się ze zmianami w sferze emocjonalnej/fizjologicznej, a także zwiększa wystąpienie zaburzeń dotyczących dobrostanu psychicznego, zdrowia somatycznego oraz funkcjonowania społecznego. Z perspektywy ostatnich kilku lat obserwuje się znaczne nasilenie zjawiska zachowań autoagresywnych u dzieci i młodzieży. Niepokojąca wysoka jest liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem wśród nastolatków, w 2017 r. 116 osób w wieku 7-18 lat odebrało sobie życie.

Należy podkreślić, iż podejmowane obecnie wysiłki dotyczące poprawy sytuacji zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży napotykać na równoległy wzrost ww. zagrożeń na jakie są one narażone. Dotychczas nie przeprowadzono badań epidemiologicznych dotyczących skali rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży z uwagi na trudności w zbieraniu danych z tej grupy - zarówno zdrowej, jak i z grup klinicznych. Jednakże od 2017 r. w ramach Narodowego Programu Zdrowia realizowane jest kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II). Badanie zostanie przeprowadzone na reprezentatywnej próbie populacji Polski wśród osób od wieku niemowlęcego do wieku podeszłego. Ww. badanie umożliwi zaplanowanie długofalowych działań dotyczących promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży to opieka nie tylko w zakresie leczenia szpitalnego



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



i w zakresie poradni zdrowia psychicznego. W opiekę i wsparcie dzieci i młodzieży zaangażowanych jest szereg podmiotów: system edukacji, nauczyciele, psychologowie i inni specjaliści pracujący w przedszkolach, szkołach i placówkach, w tym w poradniach psychologiczno-pedagogicznych; system wsparcia rodziny, ośrodki pomocy społecznej, pracownicy socjalni; sądy rodzinne i służba kuratorska. Mimo, że zadania poszczególnych instytucji w ramach pracy wielu resortów są określone w przepisach prawa, to w rzeczywistości często brak jest właściwej koordynacji i współdziałania umożliwiającego udzielenie adekwatnej pomocy potrzebującym dzieciom.

Koncepcja nowego modelu opieki nad dziećmi i młodzieżą, mające mającego na celu zadbanie o ich zdrowie psychiczne, a także wczesne wychwycenie przypadków występowania zaburzeń psychicznych uwzględnia skoordynowane zadania instytucji już obecnie realizujących zadania w tym zakresie, ale działających w poszczególnych resortach.

Podstawą planowanego modelu powinny być skoordynowane działania nauczycieli i specjalistów pracujących w szkołach oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych z działaniami specjalistów ochrony zdrowia. Docelowo zakłada się dookreślenie zadań i ról szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych w systemie oświaty oraz w systemie ochrony zdrowia w połączeniu ze stopniową zmianą systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego. Rozwiązanie takie będzie stanowić przeciwieństwo obecnych rozwiązań, w których często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki.

Proponowane poziomy referencyjne:

- 1) I poziom referencyjności – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży;
- 2) II poziom referencyjności – Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży;
- 3) III poziom referencyjności – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej.

Planuje się, aby nowy model opierał się na koordynacji działań pomiędzy podmiotami udzielającymi psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, działającymi w obszarze ochrony zdrowia, które współpracować będą z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, które posiadają ogromny potencjał we wczesnym reagowaniu na zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem obecny model opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą jest skuteczny?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	3	
Nie mam zdania	4	

2. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce jest utrudniony dostęp dzieci i młodzieży do lekarzy psychiatrów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	
Nie	1	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem proponowana w przedmiotowym rozporządzeniu poprawa systemu opieki psychiatrycznej usprawni dostęp dzieci i młodzieży do tej opieki?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	2	
Nie mam zdania	2	

4. Czy Pani/Pana zdaniem proponowany w przedmiotowym rozporządzeniu system opieki psychiatrycznej niesie nadmierne ryzyka dla dzieci i młodzieży wymagającej takiej opieki?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	4	
Nie mam zdania	3	

Pytania otwarte:

1. Jak Pani/Pana zdaniem należy poprawić dostępność dzieci i młodzieży do opieki psychiatrycznej?
2. W jaki sposób można zwiększyć liczbę lekarzy–psychiatrów posiadających kompetencje w zakresie opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia projekt rozporządzenia dotyczy niesłuchanie ważnego społecznie problemu. Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży podkreśla, że zaburzenia psychiczne dotyczą blisko 20 proc. dzieci, z czego 8-9 proc. wymaga specjalistycznej pomocy. To daje liczbę ok. 400 tys. dzieci w Polsce, na których przypada 400 psychiatrów dziecięcych, czyli na tysiąc potrzebujących dzieci dostępny jest jeden psychiatra.

Eksperci mówią wprost o zapaści w polskiej psychiatrii dla dzieci i młodzieży. Niepokojąca jest zwłaszcza wysoka liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem wśród nastolatków, w 2017 r. 116 osób w wieku 7-18 lat odebrało sobie życie. Mamy także za dużo hospita-

lizacji dzieci w szpitalach psychiatrycznych. Dziś przyjęcie na oddział psychiatryczny np. po podjętej próbie samobójczej jest często pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki.

Tymczasem coraz więcej młodych ludzi potrzebuje pomocy psychiatrycznej i na to Polski system nie jest przygotowany. Na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży brakuje miejsc i obłożenie sięga 165 proc. Na dodatek w całym kraju jest ok. 400 psychiatrów dziecięcych, z tego 300 pracuje w Warszawie, dlatego do psychiatry na diagnozę czeka się nawet kilka miesięcy.

Zmiany w systemie są konieczne, ale oprócz tego musi być zwiększone finansowanie, bo tylko wtedy jest szansa na to, by były pieniądze na nowe etaty. - Zmiany w modelu opieki są połączone z zaplanowanym doszkalaniami kadr. Gdy zwiększy się liczba wykwalifikowanej kadry, poprawi się dostępność.

Zmiany w psychiatrii dla dzieci i młodzieży są pilnie potrzebne, bo sytuacja jest tragiczna. Są jednak wątpliwości czy poradnie, które już teraz są przepełnione, będą w stanie wziąć na siebie dodatkowe zadania.

Problem polega na tym, że poradni jest za mało i już pękają w szwach. Eksperci wskazują, że na przestrzeni 15 ostatnich lat o jedną trzecią wzrosła liczba dzieci, które potrzebują pomocy. Dostępni psycholodzy zajmują się głównie diagnozowaniem oraz wydawaniem orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego. W przeciętnej poradni zwykle jest tylko jeden psychiatra. Rzadko pracują psychoterapeuci, bo samorządy, które płacą za poradnie nie są zainteresowane prowadzeniem zajęć terapeutycznych. Dziwnie zatem wygląda pomysł, by system opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym także przypadki pilne, ma być oparty o poradnie. Jeszcze dwa lata temu chciano je likwidować. Jeśli istniejące placówki dostaną dodatkowe zadania, muszą za tym pójść pieniądze, bo bez dodatkowych pieniędzy do poradni nie przyjdą pracować dobrzy specjaliści, którzy teraz bardzo często przyjmują tylko prywatnie.

Także Rzecznik Praw pacjenta zwraca uwagę na bardzo trudną sytuację w dziecięcej i młodzieżowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Zdaniem RPP brak miejsc w szpitalach i

oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży to główny problem zgłaszany przez rodziców do Rzecznika Praw Pacjenta. Tylko w woj. mazowieckim obłożenie szpitali psychiatrycznych i oddziałów dla dzieci i młodzieży wynosi 150-160 proc. - Bardzo długi czas oczekiwania, brak możliwości przyjęcia dzieci, poszukiwania miejsc po całym kraju - to najczęstsze sygnały – wskazuje RPP.

Główny problem stanowi niedostateczny poziom finansowania świadczeń, trudne warunki hospitalizacji małoletnich pacjentów, braki kadrowe oraz luka pokoleniowa wśród personelu medycznego. Dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla najmłodszych jest ograniczony również ze względu na pogłębiający się deficyt lekarzy psychiatrów, którzy często decydują się na pracę w sektorze prywatnym. Problem stanowi również niedostateczne rozwinięcie form leczenia środowiskowego dla młodzieży, które stanowią realną alternatywę dla hospitalizacji.

Podobnie jak wielu ekspertów także środowiska pacjenckie uważają, że niezbędne jest podjęcie działań o charakterze systemowym, szczególnie w kontekście rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce. Wzrost nakładów finansowych, tworzenie warunków sprzyjających podejmowaniu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii oraz zmiany organizacyjne to działania niezbędne dla poprawy opieki psychiatrycznej w naszym kraju.

Brak lekarzy psychiatrów widać od lat. Szacunki z 2015 r. wskazują, że w Polsce było nieco ponad cztery tysiące lekarzy psychiatrów, co dawało 90 lekarzy tej specjalności na milion osób, a to oznacza, że Polska zajmuje pod tym względem przedostatnie miejsce w Europie (przed Bułgarią, gdzie jest 76 psychiatrów). Tymczasem w Holandii jest 230 lekarzy psychiatrów na milion mieszkańców, a w Niemczech 223.

Nie następuje zatem proporcjonalna wymiana pokoleniowa. Młodych lekarzy psychiatrów nie przybywa tylu, żeby zrównoważyć lekarzy, którzy odchodzą. Może się w Polsce zrobić luka pokoleniowa a trzeba wielu lat, żeby specjalista się wykształcił i nabrał doświadczenia.

Eksperci proponują zmiany w różnych obszarach związanych z organizacją systemu. I tak, np. Polska Rada Psychoterapii jako główne problemy do szybkiego rozwiązania wymienia:

- konieczność wprowadzenia wielopoziomowych zmian w opiece nad dziećmi i młodzieżą uwzględniających psychoterapię – w dialogu ze środowiskiem psychoterapeutów, z uwzględnieniem PRP;
- konieczność zwiększenia możliwości zatrudniania psychoterapeutów pracujących w 5 grupach podejść – psychoanalityczno-psychodynamicznych, humanistyczno-doświadczeniowych, poznawczo-behawioralnych, systemowych i podejść integrujących różne modalności; wyszkolona kadra istnieje (też psychoterapeutów posiadających certyfikaty wydane przez towarzystwa zawodowe np. członków Polskiej Rady Psychoterapii) jednak warunki zatrudniania są złe;
- uznanie certyfikatów psychoterapeuty wydawanych przez towarzystwa zawodowe za równoważne z uzyskaniem specjalizacji w różnych dziedzinach medycyny i pokrewnych;
- konieczność uwzględnienia psychoterapii w opiece w środowisku dziecka i rodziny np. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych;
- konieczność zwiększenia nakładów na psychoterapię, w tym zwiększenia ilości świadczeń;
- konieczność uregulowania ustawowego zawodu psychoterapeuty i psychologa;
- odrębność kompetencji i szkolenia psychoterapeutów, psychologów klinicznych i psychiatrów.

Środowiska pacjenckie, mając świadomość wagi problemu, wiążą pewne nadzieje z rozpoczęciem prac specjalnego zespołu ds. psychiatrii dzieci i młodzieży powołanego przy ministrze zdrowia, którego zadaniem jest opracowanie i przedstawienie propozycji poprawy sytuacji.

W najbliższym okresie ma także ruszyć pilotaż w postaci centrów zdrowia psychicznego. Ma on umożliwić przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej do polskich uwarunkowań społecznych i ekonomicznych. Obecnie mamy model „azyłowy” opie-

rający się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwi przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, a przy odpowiedniej koordynacji stworzy szansę na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

