

Reforma psychiatrii spóźniona o 25 lat



Fot. Mateusz Skwarczel/Agencja Gazeta

Rozmowa z Markiem Balickim, pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. reformy w psychiatrii, kierownikiem Biura ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Dlaczego z polską psychiatrią jest źle?

Główne przyczyny to niskie nakłady i brak nowoczesnej organizacji opieki psychiatrycznej. Zmiany miały zacząć się już 25 lat temu i ten czas w większości straciliśmy. O czym mówię? W 1994 r. została uchwalona ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zakładająca m.in. upowszechnienie modelu środowiskowego. Jednak dopiero w 2008 r. uchwalono jej nowelizację, na podstawie której powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jego pierwsza edycja została przyjęta przez rząd w grudniu 2010 r. i obowiązywała do 2015 r. Niestety, w tym okresie zrobiono niewiele. Naczelną Izba Kontroli, której prezesem był wówczas Krzysztof Kwiatkowski i którego trudno w tej sprawie posądzać o stronniczość, gdyż wywodził się z tej samej opcji politycznej [Platformy Obywatelskiej – przyp. red.], sporządziła raport mówiący o „fiasku” realizacji Programu. Opisane w programie założenia dotyczące reformy

psychiatrii dorosłych nie zostały wdrożone. Zabrakło rozwiązań umożliwiających wprowadzenie ich w życie. Takich chociażby, jak pilotaż centrów zdrowia psychicznego rozpoczęty w ramach obecnej edycji programu na lata 2017–2022. Od ubiegłego roku w 14 województwach działa dzięki niemu już 27 takich centrów. Funkcjonują one zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska, na przykład w powiecie hajnowskim czy radzyńskim. W Toruniu i Koszalinie tym systemem objęte są całe miasta. W Warszawie, Łodzi czy Krakowie są to wybrane dzielnice. Mamy placówki w powiecie sandomierskim i gorlickim. Jednym z celów zmian jest wyrównanie dostępności opieki psychiatrycznej na obszarach miejskich i wiejskich. Nowym sposobem organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej objęto w pierwszym roku programu 10 proc. dorosłych Polaków.

Jak to wygląda w praktyce?

Zaczyna się od rozmowy w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym, w którym dyżuruje personel medyczny: psychologowie, pielęgniarki psychiatryczne, terapeuci środowiskowi. W zależności od sytuacji udzielają oni informacji lub dokonują wstępnej oceny stanu zdrowia psychicznego i ustalają wstępny plan działania. Jeśli jest to przypadek pilny, wizyta u psychiatry i rozpoczęcie leczenia zaczyna się nie później niż w ciągu trzech dni od zgłoszenia. Taki wymóg jest określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu. Z danych przekazanych przez centra wynika, że termin jest przestrzegany. Do punktu można się zgłosić każdego dnia roboczego między godziną 8 a 18, bez wcześniejszego umawiania się. Może przyjść także osoba bliska, członek rodziny, aby zasięgnąć informacji o możliwościach uzyskania pomocy. To rewolucja w pierwszym kontakcie z systemem. Dodam, że pacjenci objęci pomocą długoterminową mają swoich koordynatorów opieki. Kiedy rozpoczął się pilotaż, niektórzy przepowiadali, że w przypadku jednego wspólnego budżetu na poradnię, oddział dzienny, oddział szpitalny i zespół środowiskowy zabraknie motywacji do przyjmowania pacjentów i spadnie liczba usług. To się nie potwierdziło. Wręcz odwrotnie – porad ambulatoryjnych jest więcej.

Powiedział pan, że 10 proc. dorosłych jest objętych programem. Co z pozostałymi 90 proc.?

Docelowo nowa organizacja opieki obejmie wszystkich Polaków. Do końca 2019 r. do pilotażu dołączy kolejne 5 proc. mieszkańców. Proszę jednak pamiętać, że jesteśmy w fazie testowania modelu. Pilotaż został zaplanowany

na trzy lata. Poza tym system jako całość nie jest jeszcze przygotowany na tak głębokie zmiany.

Co to znaczy „kolejne 5 proc.”?

Do 27 działających centrów dołączą wkrótce następne. Do programu zgłosiło się 48 nowych podmiotów, a po wstępnej weryfikacji 28 z nich przeszło do drugiego etapu oceny. Z tej grupy zostanie wyłonionych 10–12 placówek. Część działających centrów wnioskuje o zwiększenie obszaru działania. Łącznie rozszerzenie obejmie więc ok. 1,5 mln mieszkańców, czyli wspomniane w pytaniu 5 proc.

Jakie były kryteria wyboru placówek?

Na wstępie wymagaliśmy gwarancji kompleksowości świadczeń, tj. posiadania w ostatnich dwóch latach trzech z czterech wymaganych form opieki: szpitalnej, dziennej, środowiskowej – domowej i ambulatoryjnej.

Kiedy dołączą nowe placówki? W jakich regionach?

Jeszcze w tym roku. W pierwszej kolejności będą uwzględnione wnioski z województw, gdzie dotąd nie ma żadnego centrum, czyli z wielkopolskiego i opolskiego. Pozostałe nowe centra powstaną w większości w województwach, gdzie działa tylko jedno centrum. Chcielibyśmy, żeby w każdym województwie były przynajmniej dwa. Pilotaż skończy się 30 czerwca 2021 r. Do tego czasu będziemy go stopniowo rozszerzać. Myślę, że za 5–8 lat większość Polaków będzie miała już możliwość otrzymania szybkiego wsparcia na terenie swojego miasta lub powiatu.

Czy są jakieś plany poprawy sytuacji w psychiatrii poza centrami?

Aby poprawić sytuację, potrzebne są pieniądze. Dziś Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na psychiatrię zaledwie 3,5 proc. środków, jakie ma do wydania na opiekę zdrowotną. Powinniśmy w krótkim czasie osiągnąć poziom co najmniej 5 proc. Na razie sytuacja poprawiła się tylko w ośrodkach prowadzących centra, które otrzymują pieniądze w formie ryczałtu na obsługiwana populację. Stanowi on iloczyn liczby mieszkańców i stawki na mieszkańca i nie zależy od liczby wykonanych świadczeń. Wystartowaliśmy od stawki rocznej w wysokości 75 zł. Było to prawie o połowę więcej niż średnio w skali kraju NFZ przeznaczał na Polaka.

Podczas naszego spotkania w kwietniu mówił pan, że w trakcie pilotażu pojawiły się kłopoty sprawozdawcze i rozliczeniowe związane z migracją pacjentów, które są skutkiem braku entuzjazmu lub chociażby życzliwej neutralności wobec tego programu w NFZ. Czy coś się zmieniło w tej sprawie?

Współpraca z NFZ bardzo się poprawiła. Widać coraz większe zrozumienie potrzeby tej reformy. Mamy też pierwsze pozytywne efekty, jak chociażby lepszy i szybszy

„Odchodzimy od stygmatyzacji psychiatrii i staje się ona jednym z priorytetów Ministerstwa Zdrowia”

dostęp do opieki ambulatoryjnej czy zmniejszenie liczby osobodni na oddziałach szpitalnych.

Spotkał się pan z kierownictwem NFZ. Czy wyjaśnił pan kłopoty ze sprawozdawaniem? Czy są jakieś nowe ustalenia?

Rozmawialiśmy o przygotowywanej nowelizacji rozporządzenia w sprawie pilotażu. Ona pomoże rozwiązać problemy natury technicznej. Rozmawialiśmy też o waloryzacji stawki na mieszkańca, która teraz będzie wynosić niecałe 80 zł. Wynika to z systematycznego wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną. Podmioty prowadzące centra nie mogą być z tego mechanizmu wyłączone.

Czy zmieniło się coś poza finansowaniem?

Najważniejsza poza rozszerzeniem pilotażu jest obecnie nowelizacja rozporządzenia, o której mówiłem. Jest ona wynikiem dotychczasowych doświadczeń i wizytacji większości ośrodków pilotażowych. Chodzi m.in. o uszczegółowienie pewnych rozwiązań, wprowadzamy np. wskaźniki korygujące, które mają być mechanizmem zniechęcającym do podbierania sobie pacjentów przez sąsiadujące placówki. Będzie też opisany mechanizm regularnej waloryzacji stawki w okresach półrocznych. Ponadto jeszcze w tym roku przystąpimy do prac nad standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego. Planujemy, że rozporządzenie w tej sprawie ukaże się w przyszłym roku. W 2020 r. przygotujemy nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która szczegółowo ureguluje środowiskowy model opieki. Moim osobistym marzeniem jest jednak coś więcej – wprowadzenie akredytacji dla centrów zdrowia psychicznego w celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń. W perspektywie kolejnych lat jest to jak najbardziej możliwe.

Został pan pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. reformy w psychiatrii. Jak pan to odbiera?

To daje większe możliwości działania i pozwala na sprawniejsze wykonywanie tych zadań, które realizowałem już jako kierownik Biura ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ta decyzja ma także znaczenie symboliczne. Pokazuje, że odchodzimy od stygmatyzacji tego obszaru opieki zdrowotnej i że staje się ona jednym z priorytetów Ministerstwa Zdrowia.

Rozmawiał Krystian Lurka