

Wojciech Skiba

Uniwersytet Wrocławski
e-mail: wojciech.skiba@uwr.edu.pl

**UWARUNKOWANIA WDRAŻANIA
DEINSTYTUCJONALIZACJI W OBSZARZE OCHRONY
ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE**

**CONDITIONS FOR THE IMPLEMENTATION
OF DEINSTITUTIONALISATION IN THE AREA
OF MENTAL HEALTH CARE IN POLAND**

DOI: 10.15611/sie.2017.2.07
JEL Classification: I18

Streszczenie: Tematem artykułu jest analiza uwarunkowań wdrażania zmiany instytucjonalnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. W szczególności rozważane są determinanty powodzenia wprowadzania środowiskowego modelu organizacji świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego. Szczególną uwagę poświęcono często pomijanym społeczno-kulturowym uwarunkowaniom tego procesu.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, zdrowie psychiczne, efektywność instytucji, kapitał społeczny.

Summary: The subject of the analysis in the article will be changes in the field of mental health care in area of psychiatry. The analysis will include legal, social and cultural conditions. According to the author, their inclusion is necessary to determine the determinants of institutional change in the area of psychiatric care and the possibility of implementing a model based on environmental psychiatry.

Keywords: health care system, mental health, institution efficiency, social capital.

1. Wstęp

W 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kompleksową kontrolę realizacji zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który zakładał wdrożenie zintegrowanego wsparcia dla osób z problemami psychicznymi bazującego na modelu psychiatrii środowiskowej¹. Wyniki kontroli wskazują *de facto* na cał-

¹ Informacja o wynikach kontroli, 2017, *Realizacja zadań narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego KZD.430.006.2016 Nr ewid.186/2016/P/16/055/KZD*, NIK, Warszawa.

kowe fiasko programu². Większości jego celów, w szczególności tych odnoszących się do deinstytucjonalizacji, w praktyce nawet nie próbowano realizować. W efekcie, wprowadzone ustawą³ i rozporządzeniem⁴ rozwiązania przez cały okres obowiązywania programu nie zostały wdrożone. W roku 2017 przyjęto do realizacji kolejną wersję NPOZP⁵ i tym razem bazującego na koncepcji psychiatrii środowiskowej. Trudności we wdrażaniu zmiany instytucjonalnej są przesłanką do namysłu nad przyczynami niepowodzeń i wyjść także poza, analizowaną w raporcie NIK, sferę uwarunkowań prawno-organizacyjnych.

Celem artykułu jest analiza najważniejszych uwarunkowań wdrażania zmiany instytucjonalnej w psychiatrii, ze szczególnym uwzględnieniem analizy przeszłych niepowodzeń we wdrażaniu zmian. W opinii autora może to stanowić istotny asumpt w przededniu wdrażania nowych projektów deinstytucjonalizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

2. Deinstytucjonalizacja jako inna forma instytucjonalizacji – złożoność uwarunkowań wdrożenia

Deinstytucjonalizacja, rozumiana jako proces odchodzenia w określonych obszarach polityki społecznej od usług świadczonych w oparciu o niezintegrowane z daną społecznością lokalną instytucje – organizacje, w kierunku usług społecznych bazujących na zasobach lokalnej społeczności wspieranej w tym zakresie przez różne instytucje publiczne, dla lecznictwa psychiatrycznego⁶ oznaczać miała istotną zmianę jakościową. Proces ten nie oznacza więc próby zniesienia wszelkiego ładu instytucjonalnego, lecz wiąże się z reinstytucjonalizacją działań społecznych według innego wzoru, który wymaga dla swojego zaistnienia m.in. specyficznych zasobów społecznych i kulturowych⁷. W dyskursie poświęconym zmianie modelu psychiatrii często abstrahuje się od tych kwestii, dokonując swoistego redukcjonizmu i sprowadzając problem do spraw organizacyjnych i finansowych. Doświadczenia innych państw, szczególnie Włoch, wskazują jednak, że nie można w ocenie szans, tempa i jakości wdrażania nowego modelu wsparcia abstrahować od uwarunkowań spo-

² Tamże, s. 9-14.

³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, DzU nr 111, poz. 535, z późn. zm.

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, DzU 2011, poz. 24.

⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, DzU 2017, poz. 458.

⁶ Zob.: *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, s. 28, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, 2012, <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/> (dostęp: 09.09.2017).

⁷ Zob. J. Wciórka, 2000, *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, Post. Psychiatr. i Neurol., 9, s. 319-337.

łeczno-kulturowych⁸. Istotną zmienną różnicującą szanse szybkiej i efektywnej implementacji nowych rozwiązań jest poziom kapitału społecznego⁹. Będące wynikiem wysokiego poziomu zaangażowania obywatelskiego, odpowiedniej jakości sieci społecznych powiązań w postaci dobrowolnych stowarzyszeń oraz, warunkowana uogólnioną normą wzajemności, skłonność do bezinteresownego wsparcia jednych członków lokalnej społeczności dla innych, wydają się warunkiem koniecznym wykreowania wysokiej jakości systemu psychiatrii środowiskowej¹⁰. Deinstytucjonalizacja, w kształcie, jaki znamy z krajów, które pomyślnie wdrożyły ten proces, była więc czymś zdecydowanie więcej niż odgórnie zarządzoną prostą zmianą polityki. Stanowiła część znacznie szerszej zmiany społeczno-kulturowej. O jej jakości w znacznej mierze decydowały nie tylko parametry funkcjonowania instytucji publicznych, ale także określone cechy lokalnych społeczności, które wydają się mieć decydujący wpływ na sprawność instytucji zaangażowanych w proces deinstytucjonalizacji psychiatrii. Należy mieć na uwadze, że omawiane właściwości danego społeczeństwa i jego kultury są kształtowane przez długotrwałe procesy społeczne, na które polityki publiczne z konieczności mogą wywierać jedynie niewielki wpływ¹¹.

Z powyższych względów ocena uwarunkowań deinstytucjonalizacji i perspektyw dla tej zmiany, tak w psychiatrii, jak i w niektórych innych obszarach, wymaga wyjścia poza powierzchowną analizę sprawności instytucji publicznych, jakiej dokonał NIK w swoim raporcie, konstatując brak efektywnych działań w kontrolowanym obszarze¹². Potrzebne jest uwzględnienie wszystkich istotnych kontekstów i uwarunkowań wdrażania tak głębokiej zmiany społecznej. Dzięki temu możliwa będzie odpowiedź na pytanie, czy NPOZP w kształcie z 2010 r. był w ogóle możliwy do wdrożenia w oparciu o założoną w nim strukturę celów i zadań oraz środki, jakie na potrzeby ich realizacji przewidziano.

Ze względu na rolę zasobów społecznych w uzyskaniu wysokiej jakości wsparcia w modelu psychiatrii środowiskowej¹³ w ocenie szans na implementację tej formy wsparcia istotna wydaje się ocena wskaźników charakteryzujących te zasoby w danym układzie lokalnym. Jest to także ważne ze względu na wciąż istotny dystans społeczny wobec osób z doświadczeniem choroby psychicznej¹⁴. Oprócz syntetycznie mierzonego poziomu kapitału społecznego jako takie wskaźniki można przyjąć np. liczbę ŚDS, ośrodków interwencji kryzysowej, spółdzielni socjalnych oraz in-

⁸ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, 2015, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji*, Psychiatr. Pol., 49(2), s. 405.

⁹ Zob. R. Putnam, 1995, *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, 13-27, 126-183, Kraków.

¹⁰ Tamże, s. 251-276.

¹¹ Zob. P. Sztompka, 2007, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Kraków, s. 295-298.

¹² Informacja o wynikach kontroli, 2017, *Realizacja...*, s. 16-52.

¹³ Zob. *Ogólnoeuropejskie wytyczne...*, s. 93-113, 158-166.

¹⁴ Zob. *Komunikat z badań. Stosunek do osób chorych psychicznie*, CBOS, BS/147/2012, Warszawa 2012.

nych form wsparcia prowadzonych przez podmioty niepubliczne oraz liczbę aktywnie działających na danym terenie w obszarze zdrowia psychicznego i pomocy społecznej organizacji pozarządowych (grup wsparcia). Stworzenie na podstawie takich danych map infrastruktury społecznej pozwoliłoby, ocenić na ile reprezentowane są wszystkie konieczne formy świadczenia usług, m.in. interwencja kryzysowa, zintegrowana terapia, powrót do środowiska, wsparcie rodziny, a tym samym ocenić szanse stworzenia kompleksowego systemu wsparcia środowiskowego. Diagnoza w tym względzie powinna poprzedzać proces wdrażania psychiatrii środowiskowej na danym terenie i skutkować dostosowaniem rozwiązań do lokalnej specyfiki. Nałożenie powyższych wskaźników na dane dotyczące działania prowadzone bezpośrednio przez jednostki organizacyjne samorządów, takich jak liczba osób objętych różnymi formami wsparcia środowiskowego, przestrzenna dystrybucja placówek realizujących świadczenia zdrowotne z psychiatrii ambulatoryjnej i świadczonej domowo w ciągu ostatnich lat, pozwoli odpowiedzieć na pytanie, które społeczności są lepiej przygotowane na wdrożenie nowego modelu wsparcia, a którego gorzej.

2.1. Uwarunkowania wynikające z zastanych rozwiązań formalnoprawnych

Wprowadzenie odpowiednich norm prawnych to warunek *sine qua non* zmian w polskiej opiece psychiatrycznej. Uchwalanie NPOZP zgodnych z założeniami tego procesu wydaje się najlepszym dowodem na istnienie tzw. politycznej woli wprowadzenia reform. Wydaje się, iż w tym względzie od lat panuje konsensus, czego dowód stanowi przyjęcie podobnych rozwiązań w ramach uchwalania NPOZP przez przeciwstawne sobie w innych kwestiach kolejne rządy najpierw koalicji PO-PSL, a następnie PiS. Ponadto zmiany zbieżne z założeniami psychiatrii środowiskowej i ewolucji systemu wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej wprowadzane były już wcześniej. Zmiany w prawie przynoszą także wymierne skutki w zakresie stopniowej ewolucji modelu wsparcia, który z czasem wzbogaca się o instytucje niezbędne do zaistnienia modelu zdeinstytucjonalizowanego.

Dzięki zmianom w prawie już w 1994 r. rozpoczął się stopniowy demontaż modelu azylowego, czemu towarzyszyło odgórne organizowanie instytucji charakterystycznych dla środowiskowego modelu wsparcia, a więc możemy mówić o stopniowym procesie częściowej deinstytucjonalizacji. Pojawiły się także nowe instytucje. Od tego okresu tworzone są m.in. środowiskowe domy samopomocy. Ich liczba nieustannie wzrasta, co oznacza faktyczną stałą poprawę dostępności usług. Zwiększeniu uległa liczba miejsc kontraktowanych na oddziałach dziennych, a spada liczba na oddziałach zamkniętych¹⁵. Można zatem mówić o postępującej zmianie instytucjonalnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, czego wymiernym wskaźnikiem jest wzrost liczby

¹⁵ Dane za: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r., s. 17.

placówek dziennych. Dzięki zmianom legislacyjnym wzrosły także możliwości działania organizacji pozarządowych, które dostarczają często usługi niedostępne w ramach świadczeń oferowanych przez podmioty publiczne. Przykładem może być tzw. wspierane zatrudnienie, oceniane jako najbardziej efektywna forma pomocy w uzyskaniu i utrzymaniu pracy. Jednakże wspólnym mianownikiem dla tych działań jest brak systemowych mechanizmów integracji danej formy wsparcia z pozostałymi, w szczególności świadczeń leczniczych ze świadczeniami społecznymi.

Czynnikiem, który spowolnił przekształcenia w polskiej psychiatrii, był i jest nadal przyjęty sposób finansowania świadczeń zdrowotnych wynikający z ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, aktów wykonawczych do ustawy oraz zarządzeń prezesa NFZ¹⁶. Ze względu na wciąż wysokie wskaźniki przyzwolenia społecznego na stosowanie przymusowego leczenia psychiatrycznego¹⁷ realizowany jest model płacenia za faktycznie zajęte łóżka na oddziałach psychiatrycznych. Stwarza to ryzyko konfliktu między doborem optymalnej terapii a działaniami mającymi na celu maksymalne wypełnienie łóżek na oddziałach szpitalnych, a także prób zwiększania liczby zakontraktowanych łóżek. Ponadto należy wskazać na daleko posuniętą przestrzenną koncentrację leczenia psychiatrycznego. Dostęp do lecznictwa psychiatrycznego możliwy jest przede wszystkim w ośrodkach wielkomiejskich, szczególnie jeśli weźmiemy pod uwagę produkty kontraktowe istotne z punktu widzenia deinstytucjonalizacji, a więc psychiatrię ambulatoryjną, środowiskową i oddziały dzienne.

2.2. Uwarunkowania wynikające z zastanego modelu polityki zdrowotnej

Patrząc przez pryzmat środowiskowego modelu lecznictwa psychiatrycznego, wskazać należy także na uwarunkowania tkwiące w obszarach polityki niezaliczanych do polityki zdrowotnej, przede wszystkim w systemie pomocy społecznej oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

W ramach systemu pomocy społecznej organizowana jest przez państwo zasadnicza część tzw. wsparcia społecznego. Kluczowymi instytucjami wsparcia, obok ośrodków pomocy społecznej organizujących pracę socjalną, są środowiskowe domy samopomocy, ośrodki interwencji kryzysowej, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Rzeczone instrumenty funkcjonują jednakże w oderwaniu od systemu ochrony zdrowia, ustawodawca nie wymusza także ich integracji w ramach kompleksowego programu wsparcia środowiskowego. Co prawda, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, wsparcie to powinno wynikać ze zdiagnozowanych potrzeb lokalnej społeczności i być organizowane w ramach spajającej wszystkie aktywności strategii rozwiązywania problemów społecznych zintegrowanej z powiatowym programem działań na rzecz osób niepeł-

¹⁶ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210 poz. 2135, z późn. zm.

¹⁷ *Komunikat z badań. Stosunek do osób chorych psychicznie...*

nosprawnych, jednakże wspomniane dokumenty mają często fasadowy charakter, odzwierciedlają rzeczywistość urzędową i sprowadzają strategię do powielania, często izolowanych, wynikających z odrębnych przepisów, działań¹⁸. Podobnie istotną barierą ograniczającą dziś aktywizowanie i utrzymanie w środowisku osób z doświadczeniem choroby psychicznej jest kształt systemu rehabilitacji. Zwłaszcza instrumenty służące aktywizacji zawodowej i utrzymaniu w zatrudnieniu nie uwzględniają specyficznych potrzeb osób z dysfunkcją psychiczną. Wydaje się, iż kluczowe instrumenty systemu rehabilitacji zawodowej, a więc opłata sankcyjna z tytułu niezatrudniania osób niepełnosprawnych oraz dofinansowanie do wynagrodzenia zatrudnionych osób niepełnosprawnych w niedostatecznym stopniu odzwierciedlają specyfikę potrzeb związanych z tą kategorią potencjalnych pracowników. Doświadczenia wielu państw wskazują, iż optymalny model rehabilitacji zawodowej tej kategorii osób zawiera rozwiązania w zakresie tzw. wspieranego zatrudnienia, w tym indywidualizację podejścia w trakcie przygotowywania do wykonywania pracy¹⁹. Programy rehabilitacji zawodowej, w ramach których możliwe jest zindywidualizowane podejście oraz wsparcie w trakcie trwania zatrudnienia, zwykle dostępne są w formie okresowo pojawiających się projektów realizowanych przez NGO w ramach systemu zlecania zadań z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych²⁰.

Jedną z cech polskiej polityki społecznej jest brak integracji działań systemu ochrony zdrowia oraz rozwiązań z zakresu wsparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej, za które odpowiedzialność ponosi minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego. Od wielu lat mamy do czynienia ze stopniowym wzrostem dostępności do środowiskowych form wsparcia. Na początku 2016 r. na terenie kraju prowadzonych było 760 środowiskowych domów samopomocy, z których usług korzystało 28 tys. osób. Pewnym problemem jest spektrum działalności tych placówek. Większość ŚDS ma pod opieką zarówno przewlekle chorych psychicznie, jak i osoby niepełnosprawne intelektualnie. Stanowi to istotne utrudnienie w tworzeniu właściwych warunków rehabilitacji chorych psychicznie. Jedynie 16% środowiskowych domów samopomocy świadczyło usługi wyłącznie w grupie chorych psychicznie²¹. Traktowanie wzrostu liczby środowiskowych domów samopomocy jako wskaźnika poprawy dostępności opieki środowiskowej dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej może więc wprowadzać w błąd. Podstawową funkcją części z nich jest bowiem zapewnienie wsparcia dla osób z upośledzeniem umysłowym, a nie z zaburzeniami psychicznymi.

¹⁸ W. Skiba, 2016, *Wsparcie dla osób niepełnosprawnych w powiatowych strategiach rozwiązywania problemów społecznych: efektywna pomoc w rehabilitacji, czy przypadkowo dobrane działania?*, Pogranicze – Studia Społeczne, Białystok.

¹⁹ Zob. T. Majewski, 1999, *System rehabilitacji w krajach Europy Zachodniej*, Warszawa.

²⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, DzU 2011, nr 127, poz. 721 z późn. zm.

²¹ Dane za: www.mpips.gov.pl.

2.3. Uwarunkowania społeczno-kulturowe

Analizując ten obszar uwarunkowań, należy stwierdzić, iż największe sukcesy w zmianie modelu leczenia psychiatrycznego odniesiono w krajach o wysokim poziomie kapitału społecznego. Często jako przykłady wysokiej efektywności leczniczej, społecznej oraz racjonalności ekonomicznej tego modelu organizacyjnego podaje się Włochy i Zachodnią Laponię w Finlandii. Środowiska osób związanych z polską psychiatrią, w szczególności przedstawiciele organizacji samopomocowych i inni rzecznicy zmian podają te przykłady, przede wszystkim włoskiego Triestu, zapominając, iż proces wdrożenia reformy w niektórych, przede wszystkim południowych regionach Włoch przebiegał bardzo opornie²².

Niski poziom kapitału społecznego w Polsce może więc istotnie utrudniać tworzenie silnych, oferujących szeroki zakres usług dostosowywanych do potrzeb pacjenta, lokalnych społecznych sieci wsparcia, będących niezbędnym elementem systemu psychiatrii środowiskowej²³. Nie były one emanacją potrzeb lokalnych społeczności, a kształt rozwiązań instytucjonalnych nie był pochodną społecznego konsensu, jak w danych warunkach problem ten najlepiej rozwiązać. Niskie wskaźniki aktywności obywatelskiej, rozumianej jako przynależność w celach niezarobkowych do dobrowolnych stowarzyszeń, niski poziom zaufania, w szczególności do tego, co obce i odmienne, wydają się istotnymi barierami wdrażania deinstytucjonalizacji²⁴. Wiedząc, że niski poziom kapitału społecznego może negatywnie oddziaływać na tempo i jakość zmiany instytucjonalnej w polskiej psychiatrii, tym większą wagę powinno się przywiązywać do odpowiednich działań państwa, które te deficyty mogą w pewnym stopniu niwelować. Państwo powinno kreować odpowiednie wzorce współdziałania instytucji publicznych i prywatnych zorientowane na osiąganie założonych celów, a nie przede wszystkim na rytualną realizację, często oderwanych od celu, procedur²⁵.

Do tej pory źródłem nieprzezwycięzalnych trudności bywa tzw. silosowy system organizowania i finansowania świadczeń (świadczenia zdrowotne vs świadczenia z pomocy społecznej itd.), który stanowić może polską egzemplifikację wskazanych przez Putnama, na przykładzie Włoch, a determinowanych kulturowo barier sprawności instytucji.

3. NPOZP 2017 – szansa na nowe otwarcie?

Trudności realizacyjne „starego” NPOZP, przy omówionych powyżej uwarunkowaniach, wynikały także z faktu, iż zakładał on zmianę form prowadzenia lecznictwa psychiatrycznego w znacznej mierze w oparciu o zasoby konstruowane, mobilizowane

²² M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, 2015, wyd. cyt.

²³ Zob. Diagnoza społeczna 2015, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf (dostęp: 15.09.2017), s. 351-363.

²⁴ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, 2015, wyd. cyt.

²⁵ P. Sztompka, 2007, wyd. cyt.

i koordynowane lokalnie, a tylko częściowo wymuszał taki bieg zdarzeń rozwiązaniami prawnymi. Większość obowiązujących norm prawnych była przeciwnie skuteczna dla tego celu²⁶. Kluczowe przepisy prawa, dotyczące zasad finansowania i form świadczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii, często nie służyły realizacji założonych celów i skutecznie uniemożliwiały działanie układowi lokalnym.

Ponadto NPOZP prawie zupełnie abstrahował od problemu charakterystyki ilościowej i jakościowej lokalnych sieci społecznych. Postulował co prawda finansowanie działań o charakterze samopomocowym i wsparcia społecznego organizowanego przez NGO, jednak nie dostrzegwał faktu, iż zdecydowana większość terytorium kraju nie posiadała niezbędnej infrastruktury społecznej w tym zakresie i należałoby podjąć w pierwszej kolejności działania animacyjne, aby ten cel zrealizować. W konsekwencji o przestrzennej dystrybucji ośrodków leczenia środowiskowego decyduje nadal rozmieszczenie szpitali psychiatrycznych – znaczna część szpitali zlokalizowana jest poza ośrodkami miejskimi, co w kontekście założeń współczesnej psychiatrii nie ma pozytywnego wpływu terapeutycznego na pacjentów i sprzyja utrzymywaniu się uprzedzeń i stereotypów dotyczących chorób psychicznych.

Początki funkcjonowania nowego NPOZP nie wskazują na istotne zmiany systemowe. Rozpoczęto prace jedynie nad pilotażami programów prowadzonych w oparciu o model środowiskowy. Jednakże już na etapie ich przygotowania doszło do wielu nieporozumień i braku koordynacji działań, które źle rokują na przyszłość. Początkowo pilotaż miał być realizowany ze środków EFS dostępnych w ramach działania 4.1 programu operacyjnego PO WER. Obecnie jednakże Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad niezależnym od powyższych działań Ministerstwa Rozwoju programem pilotażowym Centrów Zdrowia Psychicznego, które mają działać według zasad psychiatrii środowiskowej określonych w nowym NPOZP. Tak więc realizowane będą wkrótce dwa niezależne programy pilotażu w psychiatrii bez ustalonych mechanizmów koordynacji działań. Praktyka realizacji świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ w dalszym ciągu nie uwzględnia postulatów deinstytucjonalizacji. Jak wskazują w swojej analizie autorzy opracowania modelu psychiatrii środowiskowej z Fundacji Leonardo, w dalszym ciągu występuje niedofinansowanie usług środowiskowych, które są jednym z bardziej efektywnych sposobów przeciwdziałania nawrotom choroby oraz są niezbędnym elementem zdrowienia osób chorych po kryzysie psychicznym. W 2015 roku NFZ zakontraktował więcej niż 1% środków na tę formę leczenia psychiatrycznego.

4. Zakończenie

Fiasko NPOZP wydaje się najlepszym dowodem na wcześniejszą nierealistyczność założeń tegoż programu. Owa nierealistyczność wynika z nieadekwatności celów do posiadanych zasobów, które planowano użyć do ich osiągnięcia. Szczególnie istotne

²⁶ Zob. *Informacja o wynikach kontroli...*, s. 38-56.

wydają się tu analogie do wskazywanych m.in. przez Putnama kulturowych uwarunkowań sposobu funkcjonowania instytucji i osiąganego przez nie poziomu efektywności, w tym także zdolności implementowania przez nie zmian, a więc np. nowych polityk w obszarze ich aktywności. Szczególnie w warunkach niskiego kapitału społecznego, a z takim stanem mamy do czynienia w Polsce, powodują one rozliczne dysfunkcje na poziomie definiowania, wyrażania i realizowania polityki (w tym przypadku polityki zdrowotnej), co potwierdzają także włoskie doświadczenia we wdrażaniu deinstytucjonalizacji – od szybkiego wdrażania na północy kraju, po ignorowanie przez władze lokalne nowego prawa na południu kraju²⁷. W tym kontekście celowe wydaje się zredefiniowanie części działań władz publicznych związanych z wdrażaniem deinstytucjonalizacji i poświęcenie większej uwagi uwarunkowaniom społecznym i kulturowym, od których może zależeć efekt całego procesu. Punktem wyjścia dla tych zmian powinno być jednakże wykonanie, przez zaangażowane w proces zmiany podmioty, szczegółowej analizy przyczyn wcześniejszych niepowodzeń i uzależnienie ponawiania wprowadzenia zmian w psychiatrii od ich eliminacji.

Literatura

- Brodniak W.A., Welbel S., 2003, *Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000-2002*, Post. Psychiatr. i Neurol.
- Cechnicki A., Kaszyński H., 2000, *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*, Post. Psychiatr. i Neurol.
- Cechnicki A., Wojciechowska A., 2007, *Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*, Psychiatr. Pol., XLI/41.
- Dąbrowski S., 1996, *Decentralizacja lecznictwa psychiatrycznego*, Psychiatr. Pol., 30(4).
- Diagnoza społeczna 2015, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf (dostęp: 15.09.2017).
- Informacja o wynikach kontroli, 2017, *Realizacja zadań narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego KZD.430.006.2016 Nr ewid.186/2016/P/16/055/KZD*, NIK, Warszawa.
- Komunikat z badań. *Stosunek do osób chorych psychicznie*, CBOS, 2012, BS/147/2012, Warszawa.
- Majewski T., 1999, *System rehabilitacji w krajach Europy Zachodniej*, KIGR, Warszawa.
- Mokrzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T., 2015, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej- przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji*, Psychiatr. Pol., 49(2).
- Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/> (dostęp: 09.09.2017).
- Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Indulska A., Raduj J., 2005, *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*, Post. Psychiatr. i Neurol.
- Pańczak A., Pietkiewicz I., 2016, *Aktywność zawodowa w procesie zdrowienia – interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczeń pacjentów ze spektrum schizofrenii*, Psychiatr. Pol., 50(4).

²⁷ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, 2015, wyd. cyt.

- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M., 2014, *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, *Psychiatr. Pol.*, 48(6).
- Putnam R., 1995, *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, Znak, Kraków.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, DzU 2017, poz. 458.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, DzU 2011, poz. 24.
- Skiba W., 2016, *Wsparcie dla osób niepełnosprawnych w powiatowych strategiach rozwiązywania problemów społecznych: efektywna pomoc w rehabilitacji, czy przypadkowo dobrane działania?*, *Pogranicze – Studia Społeczne*, Białystok.
- Ślupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L., 2002, *Koordinacja leczenia – przegląd literatury światowej*, *Post. Psychiatr. Neurol.*, 11, s. 197-203.
- Sterna W., 2000, *Problemy środowiskowych domów samopomocy*, *Post. Psychiatr. i Neurol.*, 9, s. 435-441.
- Sztompka P., 2007, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Znak, Kraków.
- Trembla K., 2000, *Sytuacja zintegrowanej i zorientowanej środowiskowo jednostki lecznictwa psychiatrycznego w nowych realiach finansowania*, *Psychiatr. Pol.*, XXXIV/34(5).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, DzU nr 111, poz. 535.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych DzU 2011, nr 127, poz. 721 z późn. zm.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Wciórka J., 2000, *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, *Post. Psychiatr. i Neurol.*, 9, s. 319-337.
- Załużka M., 2006, *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze leczenia w ostatnich latach w Polsce*, *Post. Psychiatr. i Neurol.*, 15 (4): 277-285.
- Załużka M., Paszko J., 2002, *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, *Psychiatr. Pol.*, XXXVI/36, 6.