



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 266/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r.
o projekcie programu „Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
w Powiecie Gostyńskim w latach 2011 - 2015”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wyrażam negatywną opinię o projekcie programu „Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Powiecie Gostyńskim w latach 2011 - 2015”.

Uzasadnienie

Podstawą i głównym celem programu jest realizacja zapisanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia priorytetów zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz zadań zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Program nie zawiera jednak adekwatnej definicji problemu zdrowotnego i z uwagi na brak wystarczającej jasności w określeniu głównych i częściowych celów programu, ich wzajemnej relacji oraz sposobów ich realizacji, nie może być w obecnej wersji ani poprawnie oceniony zgodnie z metodologią Agencji Oceny Technologii Medycznych, ani tym bardziej rekomendowany. Program nie zawiera budżetu. Niepodobna więc stwierdzić, czy i w jakiej mierze możliwa jest skuteczna realizacja tego programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego powiatu gostyńskiego w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, którego główny cele stanowią promocja i ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców powiatu. Jako cele szczegółowe przyjęto: upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Populację programu stanowią: osoby chore psychicznie, osoby upośledzone umysłowo, osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoby ta wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym, dzieci i młodzież oraz dorośli mieszkańcy powiatu gostyńskiego.

Planowane działania obejmują: upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego (kampania społeczno-edukacyjna), rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych (kampania informacyjna w szkołach i wśród rodziców), zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez akcje edukacyjne, tworzenie ośrodków poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, upowszechnienie form pomocy i psychiatrycznej opieki zdrowotnej, aktywizacja osób z zaburzeniami psychicznymi, zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Program ma być realizowany w latach 2011-2015. Program powinien być finansowany ze środków własnych powiatu, środków



Narodowego Funduszu Zdrowia, środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) oraz środków własnych realizatorów programu.

Problem zdrowotny

Programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego należą do grupy programów, w których trudno jest zdefiniować jeden konkretny problem zdrowotny. Najczęściej oscylują one wokół wielu różnych problemów z zakresu szeroko pojętego zdrowia psychicznego. W dokumentach Unii Europejskiej wskazuje się na depresję i samobójstwa jako najistotniejsze problemy zdrowotne coraz częściej występujące w ostatnich latach w państwach członkowskich Unii. Tego typu programy w tym także program powiatu gostyńskiego, nakierowane są przede wszystkim na zaburzenia psychiczne. Nie definiują jednak wyraźnie, jakie problemy zamierzają rozwiązać.

Alternatywne świadczenia

Brak świadczeń alternatywnych. Programy ochrony zdrowia psychicznego wchodzą w zakres Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, a ich realizacja jest obowiązkowa z uwagi na zapisy ustawowe. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne, a wydane na podstawie ww. ustawy Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego określiło strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Promocja/strategia zdrowia psychicznego

Według zaleceń Radboud University Nijmegen, każdy kraj powinien opracować i zrealizować wszechstronny plan działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Plan taki byłby głównym mechanizmem promowania zdrowia psychicznego, redukcji olbrzymich kosztów zdrowotnych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi, oraz wzmacniania więzi społecznych. Tam, gdzie nie przewidziano wystarczających funduszy na wdrożenie tego planu działania, można je zidentyfikować poprzez specjalny Fundusz Zdrowia Psychicznego, finansowany z podatków za tytoń i alkohol. W planach działania należy zwrócić uwagę na dziesięć obszarów działania (wspieranie rodzicielstwa i pierwszych lat życia, promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy, wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się, zajmowanie się grupami zagrożonymi zaburzeniami psychicznymi, zapobieganie depresji i samobójstwom, zapobieganie przemocy i szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych, zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zmniejszenie upośledzenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji, nawiązanie współpracy z innymi sektorami) i pięć wspólnych zasad (pogłębianie wiedzy o zdrowiu psychicznym, wspieranie efektywnego wdrażania, rozwijanie kompetencji i szkolenie pracowników, włączanie do działania różnych podmiotów, ewaluacja wpływu polityki i programu).

Zielona Księga, przyjęta przez Unię Europejską w 2005 r., proponuje ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego, która ma wnieść pozytywny wkład poprzez:

stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi; pomoc w zwiększeniu spójności działań w sektorach związanych z polityką zdrowotną i innymi politykami w Państwach Członkowskich oraz na poziomie Wspólnoty; oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych stron zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań.

Dodatkowo, w trakcie konferencji Unii Europejskiej w czerwcu 2008 r. pt. „Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego” podkreślono, że do przezwyciężenia problemów zdrowia psychicznego w Krajach Członkowskich (najistotniejsze to depresje i samobójstwa) mogą przyczynić się dodatkowe działania i wspólne akcje na poziomie Unii Europejskiej odnośnie ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego wśród ludności, wzmacnianie działań zapobiegawczych i samopomocy oraz pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; tego typu akcje stanowią uzupełnienie działań podejmowanych przez Kraje Członkowskie Unii Europejskiej w zakresie służby zdrowia i systemu opieki społecznej. Wezwano do podjęcia działań w pięciu priorytetowych obszarach tematycznych: I. Zapobieganie depresji i samobójstwom, II. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży uczącej się, III. Zdrowie psychiczne w miejscu pracy, IV. Zdrowie psychiczne osób starszych, V. Walka ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych

Zapobieganie, poprzez wczesną interwencję, jest najlepiej zbadaną formą prewencji w spektrum zaburzeń psychicznych, w szczególności w odniesieniu do schizofrenii. W wielu badaniach wykazano wysoką skuteczność stosowania farmakoterapii w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Strategie, które uczą młodych ludzi radzenia sobie ze stresem i zapewniania sobie wsparcia społecznego, były skuteczne w zapobieganiu zaburzeniom nastroju i zaburzeniom lękowym. Nie odnaleziono wystarczających dowodów do wykazania, że pierwotna profilaktyka może opóźnić pojawienie się choroby psychicznej. Zalecane są badania dotyczące etiologii chorób psychicznych, w celu poznania dodatkowych form zapobiegania im.

Choroby psychiczne o wczesnym początku (dzieciństwo) mogą się utrzymywać przez cały okres życia. Skuteczne programy profilaktyczne, skierowane do dzieci, mają duże znaczenie. Stwierdzono największą skuteczność w przypadku zapobiegania zaburzeniom lękowym, zaburzeniom odżywiania, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, destrukcyjnym zaburzeniom zachowania i samobójstwom. Nie wykazano skuteczności programów w zapobieganiu: deficytom uwagi, ADHD oraz wczesnym początkom schizofrenii. Autorzy wnioskuje, że interwencja prewencyjna ma potencjał, aby być skuteczną w przypadku niektórych zaburzeń. Szczególnie zasadne wydaje się promowanie pozytywnego rozwoju u dzieci w każdym wieku w środowiskach wysokiego ryzyka.

Skuteczne strategie zapobiegania zaburzeniom psychicznym u osób starszych zidentyfikowano w badaniach dotyczących zaburzeń depresyjnych i samobójstw. Nie dostatecznej ilości badań odnośnie do choroby; afektywnej dwubiegunowej, demencji i schizofrenii geriatrycznej nie ma dostatecznej ilości badań. Autorzy dochodzą do wniosku, że skuteczne strategie prewencyjne to: modyfikacja czynników ryzyka, zdrowy styl życia, który obejmuje zdrową dietę, ćwiczenia, socjalizację, edukację. Inżynieria genetyczna i terapie szczepionkowe mogą otwierać nowe możliwości dla profilaktyki wielu chorób psychicznych w najbliższej przyszłości.

Ośrodki pobytu dziennego

Obecnie, nierandomizowane badania porównawcze dają sprzeczne wyniki odnośnie roli ośrodków dziennego pobytu oraz klinicznych i społecznych potrzeb, jakie są w stanie spełnić. Według autorów najlepszym rozwiązaniem jest pozostawić możliwość wyboru (co do typu ośrodka) osobom z poważnymi chorobami psychicznymi i ich opiekunom. Istnieje też potrzeba wykonania randomizowanych badań, w celu porównania ośrodków pobytu

dziennego w porównaniu z innymi formami opieki. Obecnie nie ma przekonujących dowodów skuteczności ośrodków pobytu dziennego w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych.

Model zintegrowanej opieki psychiatrycznej

Wyniki pokazały, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej okazały się bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli), przynosiły dobre skutki zdrowotne, zarówno psychiczne jak i fizyczne. W niektórych sytuacjach klinicznych poprawiły one funkcjonowanie społeczne i samodzielność chorych. Inne korzyści, jakie według badań wiążą się z wprowadzeniem zintegrowanych modeli opieki psychiatrycznej to: zmniejszenie potrzeby hospitalizacji chorych psychicznie, większa akceptacja interwencji terapeutycznych przez pacjentów, lepszy dostęp do opieki specjalistycznej i większe zaangażowanie chorych. Wykazano również, że model „współpracy” w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów. Powinno się zadbać o ciągłość i kompleksowość usług. Nie zidentyfikowano jednego, uniwersalnego modelu. Zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być wdrażana po wykonaniu lokalnej próby, z uwzględnieniem charakterystyki konkretnej populacji.

Model długoterminowej opieki psychiatrycznej

Duży odsetek osób z problemami zdrowia psychicznego wymaga długoterminowej opieki w zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie opieki społecznej. Nie istnieją, uzgodnione na międzynarodowym szczeblu, standardy jakości opieki instytucjonalnej i nie ma wspólnej metody oceny standardów opieki w poszczególnych krajach.

Zidentyfikowano osiem dziedzin opieki instytucjonalnej, które miały wpływ na leczenie pacjentów: warunki życia w ośrodku, powściągliwość personelu, odosobnienie pacjenta, szkolenie personelu, wsparcie, relacja terapeutyczna, autonomia i zaangażowanie pacjentów oraz zarządzanie kliniczne. Dowody były najsilniejsze w przypadku leczenia schizofrenii (psychoedukacja rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja zawodowa). Instytucje powinny ze sobą elastycznie współpracować. Istotne jest niezagęszczenie mieszkańców instytucji i maksymalizacja ich prywatności. Dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii powinno się zaprogramować interwencje takie jak: psychoedukacja rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, rehabilitacja zawodowa. Powściągliwość personelu i odosobnienie pacjenta to elementy leczenia, których należy unikać dla zwiększenia efektów. Pracownicy powinni przejść odpowiednie szkolenia. Personel powinien wspierać pacjentów w podejmowaniu decyzji odnośnie do terapii, należy zapewnić regularny nadzór nad personelem. Należy kontrolować stan zdrowia (somatyczny) pacjentów poprzez regularne badania przesiewowe.

Rehabilitacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Wskaźnik bezrobocia wśród osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest wysoki, ale badania pokazują, że większość z nich chce pracować. Stosuje się różne formy rehabilitacji zawodowej tych osób, aby pomóc im odnaleźć pracę. Zauważono, że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Klienci zatrudnienia wspomaganego zarabiali więcej i pracowali więcej godzin w ciągu miesiąca. Zatrudnienie wspomagane jest bardziej skuteczne w uzyskaniu konkurencyjnej pracy, niż wstępne kształcenie zawodowe.

Wysoki poziom bezrobocia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest przejawem dysfunkcji społeczeństwa. Istnieją metody rehabilitacji zawodowej osób z poważnymi chorobami psychicznymi, które zmniejszają negatywne skutki tego zjawiska. Modelem indywidualnego stażu i wsparcia IPS (individual placement and support), który wykazuje skuteczność w przywracaniu osób z problemami zdrowia psychicznego do konkurencyjnego zatrudnienia. Istnieją dowody na to, że interwencje o wysokiej zgodności z IPS zwiększają

odsetek pacjentów uczestniczących w szkoleniach i ich zatrudnienie (obserwacja 6-18 miesięcy). Wyniki metasyntezy wykazały, że pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi wskazują na wiele przeszkód podczas powrotu do pracy, związanych z: cechami ich osobowości, brakiem wsparcia społecznego oraz ograniczeniami systemów socjalnych i rehabilitacyjnych. Pracownikom trudno było zdecydować o gotowości do powrotu do pracy. Badania wykazały, że proces powrotu do pracy powinien być postrzegany jako spójny i ciągły. Metasynteza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi a rehabilitacyjnymi. Potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

Dyskryminacja i stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi

Osoby chore psychicznie często są dyskryminowane w środowisku, w którym żyją. Istnieje potrzeba zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i potrzeba zwiększenia świadomości odnośnie do zdrowia psychicznego. Działania w kierunku zmniejszenia negatywnych postaw wobec osób chorych psychicznie mogą pomóc w zapobieganiu ich wykluczeniu społecznemu oraz ułatwić korzystanie z opieki w ochronie zdrowia psychicznego. Większość badań nie wskazywała na zmiany w zachowaniach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Najbardziej skuteczną interwencją edukacyjną okazało się zainicjowanie bezpośredniego spotkania z osobą chorą. Kontakt wydaje się być kluczem do zmniejszenia stygmatyzacji. Skuteczność elementów edukacji opartych na filmach jest dyskusyjna. Pomimo wykazania pozytywnych efektów każdej interwencji, ich długofalowe skutki są nadal niejasne. Dalsze badania powinny obejmować pomiar rzeczywistej zmiany zachowania.

Przemoc u osób z zaburzeniami psychicznymi

Szacuje się, że przemoc jest przyczyną zgonów 1,6 mln ludzi na świecie każdego roku. Napaści, które doprowadzają do śmierci ofiar, stanowią tylko ułamek wszystkich ataków. Problem ma poważne konsekwencje zarówno dla jednostki, jak i dla całego społeczeństwa. W celu rozwiązania tego problemu i zapobiegania przejawom przemocy opracowuje się interwencje farmakologiczne, psychospołeczne i organizacyjne. Efekty działań były pozytywne w przypadku interwencji psychologicznych i farmakologicznych.

Wnioski z oceny programu zdrowotnego powiatu gostyńskiego

Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2011–2015. Działania, określone w NPOZP, należą do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin. Program określa szczegółowe zadania i sposób organizowania działalności z zakresu promocji zdrowia psychicznego określone w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z tym rozporządzeniem, jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są do organizowania i prowadzenia działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

W projekcie programu bardzo obszernie, ale nieprecyzyjnie zdefiniowany jest problem zdrowotny. Program nie jest nakierowany na jeden lub kilka problemów zdrowotnych z obszaru zdrowia psychicznego. Programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego należą do grupy programów, w których trudno jest zdefiniować jeden konkretny problem zdrowotny. Najczęściej oscylują one wokół wielu różnych problemów z zakresu szeroko pojętego zdrowia psychicznego.

W projekcie programu przedstawiono szereg interwencji przyporządkowanych konkretnym realizatorom, przy czym większość z nich jest zbyt ogólnikowa i nie jest możliwa ich ocena

zgodnie z metodologią HTA. Kilkakrotnie wspomina się o przygotowaniu i przeprowadzeniu programów profilaktycznych, których treści są dokładnie przedstawione w punktach harmonogramu. Wydaje się, że to właśnie programy, zawarte w harmonogramie powinny być przesłane do Agencji w celu zaopiniowania. Oceniany dokument jest raczej strategią Powiatu Gostyń, na podstawie powstawać mają konkretne szczegółowe programy zdrowotne. Ogromna część zaplanowanych do realizacji zadań obejmuje działania z zakresu opieki społecznej, bądź porusza kwestie organizacyjne w opiece zdrowotnej. Wiele z wymienionych zadań obejmuje też działania realizowane dotychczas przez jednostki, będące realizatorami programu.

Niemniej jednak program realizuje cele NPOZP na lata 2011-2015, a ich realizacja jest obligatoryjna z uwagi na zapisy ustawowe. Jak podają autorzy projektu programu Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Wydane na podstawie ww. ustawy Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r., w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, określiło strategię działań mających na celu: ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Główną ideą programu powiatu gostyńskiego było zinventaryzowanie bazy działań, programów oraz przygotowanie priorytetów i sposobów realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Autorzy podkreślają, że opracowany Program w swoich założeniach, ma zintegrować na poziomie powiatu działania sektorów: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, kryzysowej, zatrudnienia i oświaty, na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców powiatu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do słabo zdefiniowanego problemu zdrowotnego, nakierowanego przede wszystkim na zaburzenia psychiczne, nie precyzując dokładnie, których konkretnie dotyczą.

II. Program zdrowotny uwzględnia charakterystykę, potrzeby i preferencje grupy docelowej. Populację docelową dla realizacji programu stanowią osoby chore psychicznie, osoby upośledzone umysłowo, osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym, dzieci i młodzież oraz dorośli mieszkańcy Powiatu Gostyńskiego. Program ma w swoich założeniach zintegrować na poziomie powiatu działania sektorów: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, kryzysowej, zatrudnienia i oświaty, na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców powiatu (skoordynowanie działań w ochronie zdrowia psychicznego).

III. Skuteczność w zakresie danego problemu zdrowotnego w warunkach danej społeczności jest trudna do wykazania ze względu na słabo zdefiniowany problem zdrowotny. W projekcie nie odniesiono się do kwestii skuteczności planowanych działań. W odnalezionych dowodach naukowych dowiedziono, że zintegrowane modele opieki psychiatrycznej okazały się bardziej skuteczne (w porównaniu do innych modeli) i przynosiły dobre skutki zdrowotne, zarówno

psychiczne jak i fizyczne. Wykazano, że model „współpracy” w opiece psychiatrycznej zmniejsza koszty obsługi pacjentów, zwiększa oszczędności.

IV. Argumentem przemawiającym za optymalnym wykorzystaniem środków jest zaangażowanie w realizację programu jednostek działających w różnych sektorach. W projekcie nie przedstawiono jednak kosztów programu, wymieniając jedynie źródła finansowania zadań w nim zawartych.

V. Przedstawiono informacje dotyczące monitorowania i sprawozdawczości w postaci corocznych raportów dotyczących realizacji programu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Powiecie Gostyńskim w latach 2011 - 2015” realizowany przez Powiat Gostyń, nr: AOTM-OT-441-242/2011, Warszawa, grudzień 2012 i aneksu „Programy zdrowotne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych. AOTM, Warszawa, wrzesień 2012