



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 2 marca 2017 r.

Poz. 458

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 8 lutego 2017 r.

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022

Na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, 960 i 1245) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 określający strategię działań mających na celu:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 2) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 stanowi załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *B. Szydło*

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2017–2022

1. Podmiotami biorącymi udział w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, zwanego dalej „Programem”, są:

- 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, w szczególności ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, zabezpieczenia społecznego, rodziny, pracy, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości oraz obrony narodowej;
- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ);
- 3) samorządy województw, powiatów i gmin.

2. W realizacji zadań wynikających z Programu mogą uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu.

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, jeżeli pozwala na to charakter wynikających z Programu zadań, realizują Program we współpracy z podmiotami, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60).

4. Minister właściwy do spraw zdrowia kieruje realizacją Programu, koordynuje wykonanie zadań, o których mowa w § 1 rozporządzenia, a w przypadku uzyskiwania niezadowolających wyników funkcjonowania proponowanych rozwiązań, otrzymania danych wskazujących na nieskuteczność działań w trakcie realizacji Programu lub stwierdzenia braku komplementarności z innymi działaniami na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, opracowuje propozycje jego zmian.

5. Podmioty realizujące Program przesyłają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 maja, roczne sprawozdania z wykonania zadań wynikających z Programu zrealizowanych w roku poprzednim. Sprawozdania zawierają odniesienie do stanu wyjściowego oraz wskaźników przedstawionych w załączniku do rozporządzenia.

6. Niezbędnymi działaniami legislacyjnymi, w szczególności mającymi na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, są:

- 1) wprowadzenie regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym dotyczących centrów zdrowia psychicznego (CZP), zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowania efektywności opieki medycznej;

- 2) określenie zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Spis treści

ROZDZIAŁ 1. DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO, W TYM ZRÓŻNICOWAŃ REGIONALNYCH	5
ROZDZIAŁ 2. CELE I ZADANIA PROGRAMU	13
ROZDZIAŁ 3. NAKŁADY NA REALIZACJĘ PROGRAMU	23
ROZDZIAŁ 4. ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ	24
ROZDZIAŁ 5. NIEZBĘDNE KIERUNKI ZMIAN I WARUNKI ROZWOJU PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	27

Rozdział 1

**DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO,
W TYM ZRÓŻNICOWAŃ REGIONALNYCH****Rozpowszechnienie chorób i zaburzeń psychicznych**

Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. O wiele więcej ma jednak problemy psychiczne. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku. Podobnie sytuacja wygląda na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych.

Epidemiologia chorób i zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej została sporządzona na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia odnoszących się do liczby udzielonych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, jak również na podstawie danych pozyskanych z Raportu z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, zwanego dalej „badaniem EZOP”. Raport został przygotowany przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Raport ten umożliwił zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku od 18 do 64 lat.

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej, należy zauważyć, iż na podstawie wyników badania EZOP w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18–64 r.ż.) u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD–10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczných Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM–IV. Wśród nich co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja. Należy zaznaczyć, że depresja przez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym. Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznawano u 3,5% respondentów (tabela nr 1).

**TABELA 1. ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH WŚRÓD
MIESZKAŃCÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ W WIEKU 18–64 LATA**

Grupa zaburzeń	Szczegółowe rozpoznanie	Odsetki (CI95%)	Oszacowania w tys.	Dolna granica w tys.	Górna granica w tys.
Zaburzenia Nerwicowe	Agorafobia	0,6 (0,5-0,7)	153,9	122,8	185,0
	Uogólnione zaburzenia lękowe	1,1 (1,0-1,3)	289,9	244,8	335,0
	Napady paniki	0,4 (0,3-0,5)	100,8	76,5	125,1
	Fobie społeczne	1,8 (1,5-2,0)	455,7	395,2	516,2
	Fobie specyficzne	4,3 (3,9-4,6)	1103,5	1010,4	1196,6
	PTSD	1,1 (0,8-1,5)	291,7	203,4	380,0
	Neurastenia	1,0 (0,8-1,2)	252,6	199,5	305,7
	Ogółem zaburzenia nerwicowe	9,6 (8,9-10,3)	2470,3	2298,6	2641,9
Zaburzenia nastroju (afektywne)	Depresja	3,0 (2,7-3,3)	766,2	692,8	839,7
	Dystymia	0,6 (0,5-0,8)	160,4	127,9	193,0
	Mania	0,4 (0,3-0,5)	101,1	76,8	125,3
	Ogółem zaburzenia nastroju	3,5 (3,2-3,8)	904,3	825,1	983,4
Zaburzenia impulsywne	Zaburzenia opozycyjno-buntownicze	0,2 (0,1-0,4)	61,0	24,8	97,2
	ADHD	0,0 (0,0-0,1)	11,2	4,5	17,8
	Zaburzenia zachowania	2,4 (2,0-2,8)	612,8	512,4	713,3
	Zaburzenia eksplozywne	0,8 (0,7-1,0)	204,7	165,0	244,4
	Ogółem zaburzenia impulsywne	3,5 (3,1-4,0)	906,9	789,0	1024,8
Zaburzenia związane z używaniem substancji	Nadużywanie alkoholu, w tym:	11,9 (10,9-12,9)	3065,4	2814,9	3315,8
	uzależnienie od alkoholu	2,4 (2,0-2,9)	616,1	495,6	736,6
	Nadużywanie narkotyków, w tym:	1,4 (1,2-1,8)	371,7	292,5	450,9
	uzależnienie od narkotyków	0,3 (0,2-0,4)	69,6	37,5	102,1
	Ogółem zaburzenia związane z używaniem substancji	12,8 (11,8-13,8)	3297,1	3040,6	3553,5

Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie, w tym:	23,4 (22,2-24,7)	6053,5	5751,9	6355,1
dwa zaburzenia i więcej	5,7 (5,2-6,3)	1475,5	1343,2	1607,7
trzy zaburzenia i więcej	0,9 (0,8-1,1)	242,8	201,6	283,9

Dodatkowo dane zamieszczone w tabeli numer 1 ukazują, że dużą grupę zaburzeń stanowią zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwami nadużywania alkoholu.

**TABELA 2. ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W PODZIALE
NA WOJEWÓDZTWA**

Województwo	Odsetki (CI95%)	Oszacowania w tys.	Dolna granica w tys.	Górna granica w tys.
Łódzkie	29,3 (24,8-34,2)	511,1	430,6	591,6
Świętokrzyskie	27,8 (22,6-33,6)	217,4	185,9	248,9
Lubuskie	27,8 (21,0-35,8)	183,1	145,7	220,4
Dolnośląskie	25,8 (21,0-30,8)	522,3	425,7	619,0
Lubelskie	25,6 (21,2-30,5)	373,3	31,6	435,0
Pomorskie	24,8 (19,2-31,4)	374,0	283,0	464,9
Małopolskie	24,1 (20,7-27,8)	526,1	452,6	599,6
Warmińsko-mazurskie	24,0 (18,2-31,1)	235,1	169,9	300,2
Śląskie	23,3 (19,4-27,7)	758,1	630,2	886,0
Podlaskie	23,2 (18,5-28,7)	179,7	137,9	221,6
Opolskie	22,9 (15,8-32,0)	144,6	95,5	193,6
Kujawsko-pomorskie	22,7 (16,9-29,6)	301,5	235,2	367,8
Mazowieckie	21,4 (18,5-24,6)	763,2	648,8	877,7
Wielkopolskie	20,9 (17,4-24,9)	494,6	410,4	578,7
Zachodniopomorskie	18,9 (15,1-23,4)	219,6	172,7	266,5
Podkarpackie	17,8 (13,6-23,0)	250,0	188,9	311,0
Kraj ogółem	23,4 (22,2-24,7)	6 053,7	4 645	7 183

Źródło: Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska.

Powyższa tabela prezentuje rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w podziale na województwa. Do województw, które charakteryzują się najwyższym rozpowszechnieniem, zaliczamy województwa: łódzkie 29,3%, co po oszacowaniu daje liczbę ponad pół miliona

osób, świętokrzyskie 27,8%, czyli około 217 tys. osób, oraz województwo lubuskie również 27,8%, co w tym przypadku daje liczbę 183 tys. osób. Najniższe rozpowszechnienie zanotowano w województwie zachodniopomorskim – 18,9% oraz podkarpackim – 17,8%, co daje łączną liczbę 469 600 osób.

Zaburzenia depresyjne

Depresja to jedno z najczęściej opisywanych i rozpoznawanych zaburzeń psychicznych. Rozpoznaje się ją na podstawie specjalnie sporządzonych zasad diagnostycznych. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku, obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania i bardzo często mają charakter nawracający. Depresja jest chorobą ogólnoustrojową, jej występowanie i brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego też tak istotne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie depresji. Jednym z najistotniejszych problemów związanych z występowaniem zaburzeń depresyjnych jest fakt, iż zaburzenia te stanowią czynnik wysokiego ryzyka popełnienia samobójstw.

**TABELA 3. OSOBY, U KTÓRYCH KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU WYSTĄPIŁA
DEPRESJA**

Wyszczególnienie	Ogółem	Wiek – oszacowania w tysiącach			
		18–29	30–39	40–49	50–64
		w tysiącach			
Epizod depresyjny ogółem	766,2	154,7	173,8	155,1	282,7
Mężczyźni	249,3	62,5	65,7	47,5	73,6
Kobiety	516,9	92,2	108,1	107,5	209,1
Dystymia ogółem	160,4	26,7	28,5	30,7	74,6
Mężczyźni	56,4	12,6	6,4	7,7	29,7
Kobiety	104	14,1	22,1	23	44,8

Źródło: Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska.

**TABELA 4. OSOBY, U KTÓRYCH KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU WYSTĄPIŁA
DEPRESJA – GRUPY WIEKOWE, ODSETKI**

Wyszczególnienie	Ogółem	Wiek			
		18–29	30–39	40–49	50–64
Epizod depresyjny ogółem	3,0%	2,1%	3,0%	3,2%	3,5%
Mężczyźni	1,9%	1,7%	2,3%	2,0%	1,9%
Kobiety	4,0%	2,6%	3,8%	4,5%	5,0%
Dystymia ogółem	0,6%	0,4%	0,5%	0,6%	0,9%
Mężczyźni	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%	0,8%
Kobiety	0,8%	0,4%	0,8%	1,0%	1,1%

Źródło: Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska.

Powyższe tabele zawierają dane odnoszące się do osób, u których kiedykolwiek w życiu wystąpił epizod depresyjny lub przewlekły rodzaj depresji. Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że przynajmniej jeden epizod depresyjny wystąpił u 3% mieszkańców kraju w badanym przedziale wiekowym od 18. do 64. roku życia, po oszacowaniu oznacza to liczbę 766 200 osób. Dystymię (tj. przewlekłe obniżenie nastroju) stwierdzono u 0,6% osób. Należy zaznaczyć, iż rozpowszechnienie epizodu depresyjnego jest zawsze wyższe u kobiet niż u mężczyzn, niezależnie od grupy wiekowej. Ponadto trzeba podkreślić, że wskaźnik rozpowszechnienia depresji u kobiet wzrasta wraz z wiekiem, natomiast u mężczyzn utrzymuje się na bardzo zbliżonym poziomie.

Samobójstwa

Dane na temat liczby samobójstw gromadzone są przez Komendę Główną Policji. Jak wynika z dostępnych statystyk, łączna liczba zamachów samobójczych wyniosła w 2014 r. 10 207, w tym samobójstw dokonanych – 6 165. Zamachy samobójcze zakończyły się zgonem wśród 5237 mężczyzn oraz 928 kobiet. Najczęstszym sposobem dokonania zamachu samobójczego było powieszenie się, rzucenie się z wysokości oraz inne samookaleczenia, a najrzadziej dokonywano zamachu przez zażycie trucizny. Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych to nieporozumienia rodzinne, choroba psychiczna oraz przewlekła choroba, natomiast najrzadszą przyczyną zamachu samobójczego była niepożądana ciąża. Najwięcej

zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 20–24 lat – 1015 oraz wśród osób w wieku 30–34 lat – 1005.¹⁾

Badanie EZOP potwierdziło istnienie problemu samobójstw w Rzeczypospolitej Polskiej jako istotnego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Dane uzyskane w badaniu są znacznie bardziej niepokojące niż statystyki Policji. Badanie wykazało, że 0,7% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na naszą populację pozwala szacować liczbę osób mających za sobą próbę samobójczą na 189 tysięcy.

TABELA 5. OSOBY PRÓBUJĄCE POPEŁNIĆ SAMOBÓJSTWO (KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU) WG PŁCI I GRUP WIEKU

Wyszczególnienie	Ogółem	Wiek			
		18–29	30–39	40–49	50–64
		w tysiącach			
Próby samobójcze ogółem	189,2	54,1	48,1	24,6	62,3
Mężczyźni	94,8	28,6	15,7	14,4	36,0
Kobiety	94,3	24,4	32,4	10,2	26,3

Źródło: Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska.

W badaniu EZOP nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami wieku, jednak najczęściej podejmują próby samobójcze kobiety w wieku 30–39 lat (1,1%), a najmniej są do tego skłonne kobiety mające 40–49 lat (0,4%).

Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych na podstawie danych statystyki publicznej w latach 2011–2014

Rejestrowane w systemie lecznictwa psychiatrycznego zdarzenia zdrowotne dają podstawę do oceny rocznego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce. Zawarte w tabeli 1 informacje dotyczą rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) w populacji dorosłych mieszkańców kraju zarejestrowanych corocznie w różnych formach opieki psychiatrycznej. W każdej z form opieki, spośród ogólnej liczby zaburzeń, wyodrębniono leczonych z rozpoznaniem schizofrenii.

¹⁾ Dane Komendy Głównej Policji – stan na dzień 5.05.2015
<http://statystyka.policja.pl/st/wybranestatystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>

**TABELA 6. DOROŚLI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (BEZ UZALEŻNIEŃ)
LECZENI W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE SZPITALNEJ I POZASZPITALNEJ
W LATACH 2011–2014**

Formy opieki	Miara	Rok				Odsetek
		2011	2012	2013	2014	2014/2011
Opieka ambulatoryjna	ogółem	1 073 172	1 199 880	1 261 556	1 223 427	114,0%
	schizofrenia	142 017	149 191	148 906	142 443	100,3%
	schizofrenia/ ogółem	13,2%	12,4%	11,8%	11,6%	
Opieka środowiskowa	ogółem	9 594	22 587	37 783	29 778	310,4%
	schizofrenia	3 686	5 543	7 404	6 432	174,5%
	schizofrenia/ ogółem	38,4%	24,5%	19,6%	21,6%	
Oddziały dzienne	ogółem	14 708	15 906	14 733	15 982	108,7%
	schizofrenia	3 558	3 558	3 416	3 403	95,6%
	schizofrenia/ ogółem	24,2%	22,4%	23,2%	21,3%	
Oddziały całodobowe	ogółem	102 532	102 704	101 608	103 325	100,8%
	schizofrenia	30 877	31 050	30 966	30 767	99,6%
	schizofrenia/ ogółem	30,1%	30,2%	30,5%	29,8%	
Oddziały opiekuńcze	ogółem	6 015	5 956	6 145	5 606	93,2%
	schizofrenia	2 733	2 695	2 738	2 502	91,5%
	schizofrenia/ ogółem	45,4%	45,2%	44,6%	44,6%	

Źródło: Opracowanie Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii na podstawie danych ze statystyki publicznej.

W opiece ambulatoryjnej w okresie 4 lat liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wzrosła o 150 tys., tj. 14%, podczas gdy odsetek leczonych z powodu schizofrenii zmieniał się w niewielkim stopniu.

Największy wzrost odnotowano w opiece środowiskowej (zespoły leczenia środowiskowego), w której ogólna liczba leczonych potroiła się (z 9,6 tys. do 29,8 tys.), a leczonych z rozpoznaniem schizofrenii wzrosła o 75%, co oznacza większą dynamikę wzrostu leczonych z rozpoznaniem innymi niż schizofrenia (zwłaszcza zaburzeniami afektywnymi).

W psychiatrycznej opiece dziennej w 2014 r. leczyło się prawie 16 tys. osób, tzn. o 9% więcej niż w 2011 r., przy jednoczesnym niewielkim spadku leczonych z powodu schizofrenii. W 2011 r. prawie co czwarty leczony w oddziałach dziennych miał rozpoznanie schizofrenii, podczas gdy w 2014 r. – już tylko co piąty.

Najmniejsze zmiany w okresie 2011 – 2014 odnotowano w odniesieniu do opieki całodobowej szpitalnej i dotyczy to zarówno ogólnej liczby leczonych, jak i leczonych z powodu schizofrenii.

W oddziałach zakładów opiekuńczych obserwuje się malejącą liczbę leczonych, w tym także z rozpoznaniem schizofrenii, co w tym przypadku może oznaczać dłuższe średnie czasy pobytu.

**TABELA 7. DZIECI I MŁODZIEŻ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI
(BEZ UZALEŻNIEŃ) LECZONE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE SZPITALNEJ
I POZASZPITALNEJ W LATACH 2011–2014**

Formy opieki	Rok				Odsetki 2014/2011
	2011	2012	2013	2014	
Opieka ambulatoryjna	96 183	104 087	93 917	105 123	109,3%
Oddziały dzienne	2 325	1 835	2 157	2 399	103,2%
Oddziały całodobowe	7 697	7 478	7 184	7 311	95,0%
Oddziały opiekuńcze	67	81	74	73	109,0%

Źródło: Opracowanie Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii na podstawie danych ze statystyki publicznej.

W opiece ambulatoryjnej zwraca uwagę zmienna liczba leczonych rocznie (najniższa w 2013 r.), osiągająca na koniec 2014 r. poziom ponad 105 tys. leczonych, tj. 0,9% więcej niż w 2011 r.

Obserwuje się również zmiany w liczbie osób leczonych w innych formach: w oddziałach dziennych oznacza to na koniec 2014 r. niewielki wzrost liczby leczonych, w oddziałach szpitalnych całodobowych – niewielki spadek (5%). W oddziałach opiekuńczych leczyło się w analizowanym okresie od 67 do 80 osób poniżej 18. roku życia. Rozpoznanie schizofrenii w populacji dzieci i młodzieży występuje stosunkowo rzadko i dotyczy w opiece ambulatoryjnej i dziennej od 1 do 1,5%, w całodobowej – ok. 5% ogółu leczonych.

Rozdział 2

CELE I ZADANIA PROGRAMU

1. Celami głównymi Programu są:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;
- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

2. Do celów szczegółowych i zadań Programu należą:

- 1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:
 - a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - d) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
 - e) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;
- 2) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - a) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie.

Zadania dla poszczególnych podmiotów realizujących

I. Minister właściwy do spraw zdrowia:

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) monitorowanie postępów wdrażania przez NFZ psychiatrycznej środowiskowej opieki zdrowotnej;
- 2) przygotowanie – we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego – standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach CZP²⁾);
- 3) wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci CZP;
- 4) ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozważenie w porozumieniu z właściwymi władzami uczelni możliwości dostosowania programów kształcenia uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 5) wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej;
- 6) określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej;
- 7) poinformowanie władz właściwych uczelni o konieczności wprowadzenia do programów kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy pediatrii zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Wskaźniki monitorowania, oczekiwane efekty realizacji: odsetek kadr objętych szkoleniem w okresie roku, liczba zawartych umów na CZP, przygotowany dokument zawierający zalecenia/standardy.

Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

- 1) opracowanie założeń dla utworzenia lub desygnowania organu koordynującego realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
 - a) doskonalenie we współpracy z właściwymi towarzystwami naukowymi oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego rozwiązań

²⁾ Centrum Zdrowia Psychicznego – art. 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, 960 i 1245) – podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.

organizacyjnych i standardów postępowania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,

- b) monitorowanie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego we współpracy z Radą do spraw Zdrowia Psychicznego,
 - c) sporządzanie rocznych sprawozdań na podstawie informacji uzyskanych od podmiotów realizujących Program;
- 2) przygotowanie instytucjonalnych ram i zasad współdziałania CZP z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego.

Oczekiwany efekt realizacji: poprawa koordynacji Programu.

Cel główny 2: Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach;
- 2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel główny 3: Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Cel szczegółowy a): gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie.

Zadanie:

- 1) przygotowanie i wdrożenie programu badawczego oceniającego efekty i efektywność realizacji Programu.

Wskaźnik monitorujący: raporty (2020 r. i 2022 r.) określające podstawowe zasoby organizacyjne i kadrowe opieki psychiatrycznej, wskaźniki występowania i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, dostępności, jakości i efektywności opieki psychiatrycznej.

II. Minister właściwy do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny:

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

- 1) wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej;
- 2) monitorowanie sposobu wdrażania przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty pomocy społecznej programów poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem kierunków polityki rodzinnej i senioralnej;
- 3) określenie standardów finansowania usług z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wskaźnik monitorujący: roczny raport określający zasoby i dostępność oparcia społecznego oraz liczbę osób korzystających z różnych form pomocy w skali kraju i w poszczególnych województwach.

Cel szczegółowy c): aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) wdrażanie rozwiązań prawnych lub organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) wspieranie powstawania i działalności pozarządowych ruchów samopomocowych:
 - a) osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin – służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym,
 - b) innych organizacji – działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym.

Wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę osób objętych poszczególnymi formami działalności w okresie roku.

Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadanie:

- 1) przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania CZP z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej.

III. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy e): udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Zadania:

- 1) 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.

IV. Minister Sprawiedliwości

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadanie:

- 1) zapewnienie osobom przebywającym w placówkach penitencjarnych wymiaru sprawiedliwości, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego.

V. Minister właściwy do spraw wewnętrznych

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 2) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

VI. Minister Obrony Narodowej

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 2) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 3) 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.

VII. Narodowy Fundusz Zdrowia

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:

Cel szczegółowy b): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrycznej środowiskowej opieki zdrowotnej;
- 2) dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 3) wprowadzenie finansowania świadczeń zdrowotnych CZP pozwalającego na objęcie kompleksową opieką pacjentów z obszaru jego działania;

- 4) opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych według zryczałtowanej stawki na leczenie osoby/jednostki lub grupy jednostek diagnostycznych.

VIII. Samorządy województw

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:

Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa. Wojewódzki program może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych. Opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 3) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

Wskaźnik monitorujący: opracowany dokument.

Cel szczegółowy b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

- 1) aktualizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego;

- 2) wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym.

Cel szczegółowy c): aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

- 1) opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa;
- 3) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatowe, w wersji elektronicznej lub papierowej.

IX. Samorządy powiatów

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

- 1) opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym

rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w powiecie lub gminie;

- 2) utworzenie CZP zgodnie z zasadami organizacyjnymi zawartymi w rozdziale 4 Programu.

Wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w Programie w okresie roku.

Cel szczegółowy b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

- 1) aktualizacja poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej;
- 2) wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.

Cel szczegółowy c): aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy (PUP).

Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

- 1) powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu; skład zespołu ustala się w sposób zapewniający właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych; zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną;
- 2) opracowanie lub aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom skoordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń CZP;

- 3) realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 4) przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w wersji papierowej lub elektronicznej).

X. Jednostki samorządu terytorialnego

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy e): udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

- 1) wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- 2) udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach.

Rozdział 3

NAKLADY NA REALIZACJĘ PROGRAMU

Lp.	Podmiot	Przeznaczenie środków	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2022 r.	Razem lata 2017–2022
1.	Minister Sprawiedliwości	Realizacja zadań zawartych w Programie	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	28 800 000
2.	Minister Obrony Narodowej	Realizacja zadań zawartych w Programie	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	36 000 000
3.	Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	Realizacja zadań zawartych w Programie	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	600 000
4.	Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	koordynacja	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	18 000 000
		Wydatki majątkowe*	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	180 000 000
Razem budżet państwa			43 900 000	43 900 000	43 900 000	43 900 000	43 900 000	43 900 000	263 400 000
5.	Jednostki samorządu terytorialnego (JST**)	zwiększenie dostępności świadczeń	0	0	0	0	0	0	0
6.	NFZ	świadczenia zdrowotne	2 491 520	2 493 918	2 491 520	2 491 520	2 491 520	2 491 520	14 951 518
Razem wydatki na NPOZP			46 391 520	46 393 918	46 391 520	46 391 520	46 391 520	46 391 520	278 351 518

* Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej dodatkowo wskazało środki z przeznaczeniem na inwestycje.

** Brak kwoty wyróżnionej w przedmiotowej tabeli nie oznacza, iż JST nie ponoszą wydatków związanych z realizacją zadań zawartych w Programie. Jednakże przedmiotowe zadania zawarte w Programie wskazane do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego należą do grupy zadań własnych i finansowane będą ze środków będących w dyspozycji JST. Ministerstwo Zdrowia dysponuje jedynie szacunkowymi danymi dotyczącymi wydatków JST w poprzednich latach i dane te nie gwarantują wskazania faktycznych wydatków.

Wszelkie koszty dla budżetu państwa związane z wdrożeniem i realizacją zadań przewidzianych w ww. projekcie poza kosztami Ministerstwa Zdrowia zostaną sfinansowane w ramach limitów wydatków zaplanowanych dla właściwych części budżetu państwa na dany rok, bez konieczności ich zwiększania, a wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie podstawą do ubiegania się o dodatkowe środki budżetu państwa na ten cel.

Rozdział 4

**ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE
ZDROWOTNEJ**

I. Funkcje, struktura i organizacja CZP.

CZP realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

- 1) poprawa jakości leczenia psychiatrycznego – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy;
- 2) pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia;
- 3) tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
- 4) ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji;
- 5) uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

CZP dla dorosłych

1. Funkcjonowanie

Kompleksowość opieki świadczonej przez CZP wynika:

- 1) z indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym;
- 2) ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych;
- 3) z koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych;
- 4) z dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.

CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze lub innych okoliczności uzasadniających inną liczbę mieszkańców. Gęstość sieci (rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP.

Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP.

Umiejscowienie CZP – pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (w szczególności umowa

z podwykonawcą, konsorcjum) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

Pomoc w przypadkach nagłych³⁾ i pilnych⁴⁾ – CZP zapewnia, w miarę możliwości, natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych – w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.

CZP udziela pomocy:

- 1) czynnej, tj. leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;
- 2) długoterminowej – innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- 3) krótkoterminowej – osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- 4) doraźnej – osobom w stanach nagłych i pilnych;
- 5) konsultacyjnej – innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

Pierwsza rejestracja chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób.

Podmiot prowadzący CZP może również posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień.

2. Struktura

CZP dla dorosłych składa się co najmniej z zespołu:

- 1) ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne;
- 2) środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
- 3) dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;

³⁾ Stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

⁴⁾ Jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.

- 4) szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.

Personel CZP może pracować jednocześnie w więcej niż jednym zespole.

Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową – jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę.

CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum.

Inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniane przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).

Alternatywne formy wsparcia i leczenia (wobec tradycyjnych, np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeżeli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeżeli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką.

Zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeżeli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);

3. Warunki organizacyjne

Forma prawna – CZP jest podmiotem/zakładem leczniczym lub funkcjonuje jako konsorcjum podmiotów lub zakładów.

Zespół (oddział) szpitalny – może być udostępniany w ramach umowy z innym podmiotem leczniczym.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych CZP powinno umożliwiać objęcie kompleksową opieką psychiatryczną pacjentów z obszaru funkcjonowania CZP. Finansowanie świadczeń społecznych wynika z obowiązujących aktualnie regulacji.

Dokumentacja medyczna – przez cały okres korzystania ze świadczeń w CZP prowadzona jest jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja, na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070).

Rozdział 5

**NIEZBĘDNE KIERUNKI ZMIAN I WARUNKI ROZWOJU PSYCHIATRYCZNEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

NIEZBĘDNY KIERUNEK ZMIAN

Wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

ZADANIA

1. Systemowa reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca pomoc:

- 1) na zasadach równego dostępu (odpowiedzialność publiczna zgodnie z preambułą ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”), dostosowaną do potrzeb, tzn.:
 - a) odpowiedzialną terytorialnie – dla populacji zamieszkującej określony obszar,
 - b) zróżnicowaną funkcjonalnie: doraźną, bierną krótko- i długoterminową, czynną (tzw. *assertive outreach*);
- 2) kompleksową: ambulatoryjną, mobilną/środowiskową, dzienną, całodobową;
- 3) koordynowaną: leczenie, systemy wsparcia, uczestnictwo społeczne i zawodowe;
- 4) wieloprofesjonalną: zespoły wielodyscyplinarne z odpowiedzialnym kierowaniem;
- 5) skuteczną, tzn. respektującą dostępne doświadczenie, dowody naukowe i uzgodnione standardy postępowania;
- 6) godziwą (bez naruszania godności) i sprawiedliwą (bez naruszania praw jednostki).

2. Poprawa wskaźników efektywności systemu:

- 1) dostępności świadczeń: docelowo podstawowe świadczenia przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę – nagle natychmiast, pilne w czasie nie dłuższym niż 72 godziny;
- 2) wskaźników zdrowotnych (według ICD⁵⁾, w tym wskaźników zapadalności, chorobowości, współchorobowości somatycznej, przedwczesnej śmiertelności, czasu trwania życia, samobójstw, DALY's⁶⁾);

⁵⁾ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

⁶⁾ Wskaźnik lat życia skorygowanych niesprawnością – stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa.

- 3) wskaźników społecznych (np. według ICF⁷⁾, w tym poziomu funkcjonowania, niesamodzielności, niepełnosprawności, czasowej niezdolności do pracy, jakości życia, wykluczenia i dyskryminacji);
- 4) wskaźników ekonomicznych (relacja nakładów do efektów i efektywności).

3. Poszanowanie podmiotowości użytkowników systemu (poszanowanie praw i godności, poszerzanie zakresu współudziału i współdecydowania, minimalizacja opresji).

WARUNKI

- 1) zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy);
- 2) zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przeciwdziałanie ignorancji, procesom napiętnowania, nierównego traktowania i wykluczenia;
- 3) ewolucja postaw profesjonalnych – w kierunku zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przygotowanie standardów środowiskowej opieki psychiatrycznej przez towarzystwa naukowe;
- 4) zmiana polityczna (odpowiedzialność, legislacja, zarządzanie);
- 5) podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatne do skali potrzeb i zaniedbań – zaliczenie ochrony zdrowia psychicznego do priorytetowych zadań polityki zdrowotnej i społecznej państwa, podjęcie deinstytucjonalizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tj. odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;
- 6) zmiana organizacyjna (zasoby, instytucje, kadry, koordynacja, finansowanie, inwestowanie).

4. Przełamanie barier międzyresortowych w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego:

- 1) w CZP – wskazanie wymaganego zakresu zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków pomocy społecznej i zintegrowanej oferty świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz instytucjonalne zapewnienie koordynacji ich świadczenia;
- 2) w innych placówkach – stworzenie możliwości świadczenia usług społecznych w placówkach zdrowotnych, a usług zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej (regulacje prawne, zatrudnienie, finansowanie).

⁷⁾ Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia.

5. Różnicowanie i udostępnianie zasobów oparcia społecznego, w tym niezbędnej pomocy bytowej i materialnej, usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia i samopomocy, chronionych i wspomaganych form wsparcia mieszkaniowego, wsparcia dla rozwoju ruchów samopomocowych.

6. Różnicowanie i udostępnianie form aktywizacji zawodowej, w tym rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wspomagane oraz przedsiębiorczości społecznej.

7. Kształcenie potrzebnych kadr – zwiększenie zakresu wiedzy i kompetencji psychiatrycznej lekarzy w kształceniu przeddyplomowym, zmiana programu kształcenia specjalistycznego psychiatrów, psychologów klinicznych i pielęgniarek psychiatrycznych w celu poszerzenia kompetencji w zakresie opieki środowiskowej, zapewnienie finansowania szkolenia terapeutów środowiskowych ze środków publicznych, zakończenie prac nad ustawą o zawodzie psychoterapeuty.

8. Koordynacja i odpowiedzialność:

- 1) odpowiedzialność terytorialna (ocena potrzeb, zasobów, wprowadzenie rozwiązań);
- 2) koordynacja regionalna (ponadlokalne potrzeby, zasoby i rozwiązania, wsparcie dla rozwiązań lokalnych) i krajowa (planowanie, legislacja, modelowanie, monitoring).

9. Finansowanie: zapewnienie świadczeń ze środków publicznych:

- 1) w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od zasady finansowania pojedynczych usług i zasobów na rzecz bardziej kompleksowych sposobów finansowania;
- 2) w zakresie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od płacenia za pojedyncze świadczenie na rzecz finansowania ryczałtowego za rozpoznanie i leczenie jednostki chorobowej;
- 3) w zakresie świadczeń sądowo-psychiatrycznych i opiekuńczych – według kalkulacji osobodnia.

10. Zarządzanie zmianą: udostępnienie różnych metod kształcenia i doksztalcania w zakresie zarządzania w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.