

Załącznik nr 2 do dokumentu

„Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z
perspektywą do 2030 r.

**STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKA
ZDROWOTNA NAD OSOBAMI
Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Spis treści

Wstęp	3
DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH i DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO	4
Zdrowie psychiczne dorosłych.....	4
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży	6
Dostępne wsparcie	10
Oddziały psychiatryczne dla dorosłych.....	10
Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	15
Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych dla dorosłych	16
Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych	17
Oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.....	19
Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży.....	19
Centra Zdrowia Psychicznego.....	21
Główne założenia rozwoju systemu	23
KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI ..	24
Psychiatria Dorosłych	25
Psychiatria Dzieci i Młodzieży.....	35
Psychiatria Dorosłych i Psychiatria Dzieci i Młodzieży	41
Ewaluacja i monitoring osiągania oczekiwanych rezultatów	44

Wstęp

Niniejszy dokument stanowi załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, zwanego dalej „Strategią”. Zgodnie z założeniami określonymi w dokumencie, przewidziane zostało wsparcie poświęcone opiece psychiatrycznej. W dokumencie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Celem głównym dokumentu jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego. W dokumencie zaproponowano realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w następujących obszarach:

- 1) Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
- 2) Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 3) Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 4) Inwestycje infrastrukturalne - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 5) Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autoagresywnych.

Każdy wymieniony obszar strategiczny ma cele szczegółowe i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji. Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu.

Dokument ten obejmuje działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja dokumentu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO

Zdrowie psychiczne dorosłych

Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, a jeszcze więcej doświadcza problemów psychicznych nie kwalifikowanych jako zaburzenie. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku.¹ Podobnie sytuacja wygląda na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Epidemiologia zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski 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 badania pn. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, (dalej „badanie EZOP”). Raport przygotowany został w 2012 roku przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii i umożliwił zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych² wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku od 18 do 64 lat (losowa próba 10 tys. respondentów).

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej, należy zauważyć, iż na podstawie wyników badania EZOP³ w badanej próbie u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych 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.

Wyniki badań prowadzonych w Europie (UE 27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia) wskazują, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców Unii Europejskiej (38,2%) cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Jak wynika z raportu, najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), ADHD (5%) u dzieci i młodzieży, demencja (1-30% w zależności od wieku)⁴.

O istotnym znaczeniu zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą również opublikowane przez WHO wyniki badania *Globalnego obciążenia chorobami 2019*⁵. Według szacunków

¹ Zielona Księga – Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej

² Należy zaznaczyć, iż ze względów metodologicznych badanie EZOP nie objęło zaburzeń psychotycznych, w tym schizofrenicznych, stanowiących poważny problem zdrowotny o znaczących konsekwencjach społecznych dla chorujących i ich rodzin.

³ <https://ezop.edu.pl/ezop-i/>

⁴ „Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010”.

⁵ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

w Polsce, do najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności (ang. *years lived with disability* – YLDs) należą zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ang. *mental and substance use disorders*), które stanowią trzecią wśród mężczyzn i drugą wśród kobiet najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną odpowiednio za 10,85% i 11,1% utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności przez mieszkańców Polski. Choroby te są równocześnie odpowiedzialne za 7,4% utraconych lat życia w zdrowiu (ang. *disability adjusted life-years* – DALYs) przez polskich mężczyzn i 6,7% przez kobiety⁶.

Jeden z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego, a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce (w 2016 r. 22,8/100 tys.) znacząco wyższy od średniego dla krajów UE (w 2015 r. 16,9/100 tys.) (współczynniki standaryzowane względem wieku). Natomiast współczynnik zgonów kobiet z tej przyczyny w Polsce (3,02/100 tys.) jest wielokrotnie niższy w porównaniu ze współczynnikiem zgonów mężczyzn i jest niższy od przeciętnego dla UE 28 (4,51/100 tys.). W żadnym z krajów Unii Europejskiej nie obserwuje się tak ogromnej trwałej dysproporcji między płciami⁷.

WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Depresja jest jednym z zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. Cechuje się głównie obniżeniem nastroju, energii i aktywności oraz zmniejszeniem zainteresowań. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku i przeważnie mają charakter nawracający. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja jest chorobą ogólnoustrojową, której występowanie, przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Z zaburzeniem tym wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych, m.in. osoby cierpiące na ciężką depresję nierzadko muszą zrezygnować z pracy i bywa, że pozostają długotrwale bezrobotne. Powoduje to wzrost wydatków na zasiłki chorobowe i inne zasiłki. Zgodnie z dokumentem WHO pt. *Mental Health Action Plan 2013-2020* depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY 3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych⁸.

Statystycznie w Polsce liczba osób leczonych z zaburzeniami afektywnymi pozostawała w latach 2014–2016 na porównywalnym poziomie, wynoszącym 325 029 w 2014 r., 321 541 w 2015 r. i 318 402 w 2016 r. Widoczną w skali kraju tendencją był wzrost współczynnika chorobowości w przedziale wiekowym 0–18 lat oraz powyżej 65. roku życia jak również wzrost liczby leczonych w związku z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (F31) i zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33). W skali kraju w 2016 r. wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia afektywne (na 100 tys. ludności Polski) wyniósł odpowiednio 828,6 i 156,5 osób⁹.

Jedną z kluczowych kwestii związanych ze skutkami zaburzeń zdrowia psychicznego są koszty ekonomiczne i społeczne. Jednym z przykładów może być schizofrenia, której objawy dotyczą wszystkich poziomów funkcjonowania człowieka. Do głównych objawów należą: postępująca utrata

⁶ Biechowska D., Rabczenko D., Moskalewicz B., *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania* [w:], Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s.231.

⁷ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>

⁸ https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

⁹ Biechowska D., Rabczenko D., Moskalewicz B., *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania* [w:], Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s. 159.

kontaktem ze światem i przewaga zainteresowania przeżyciami wewnętrznymi; zubożenie uczuciowe prowadzące do pustki uczuciowej i utraty związków emocjonalnych z otoczeniem, rozpad osobowości objawiający się brakiem kontaktu intelektualnego z rzeczywistością, brakiem zgodności treści uczuć i myśli, jednoczesnym występowaniem dwóch sprzecznych sądów, uczuć, lub dążeń, objawami wytwórczymi.

Ocenia się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychiatrycznych ze szczególnym uwzględnieniem schizofrenii na całym świecie wynosi ok. 1%. Tak samo często chorują mężczyźni jak i kobiety. W skali kraju w 2016 roku wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia schizofreniczne (na 100 tys. ludności Polski) w opiece ambulatoryjnej wyniósł odpowiednio 367,4 i 33,2 osób, w opiece całodobowej odpowiednio 87,7 i 12,4. W UE natomiast zapadalność roczna to 12,4 na 100 tys. ludności. Ryzyko wystąpienia schizofrenii w ciągu całego życia (zapadalność życiowa) wg różnych badań wynosi poniżej 1 %¹⁰.

Schizofrenia w poważnym stopniu ogranicza możliwości wykonywania pracy zarobkowej. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2018 r. ZUS grupą chorobową generującą najwyższe wydatki były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kody ICD-10 od F00 do F99) i wyniosły 15,8% ogółu wydatków, co stanowiło ok. 5 822 mln zł (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2019). Dla porównania: choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej generowały odpowiednio – 14,3% ogółu wydatków, choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 13,2%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 12,2%, choroby układu krążenia – 10,0%, choroby układu nerwowego – 8,1% oraz choroby układu oddechowego – 8,5%. W 2018 r. schizofrenia jako jednostka chorobowa była trzecią spośród 20 jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (po opiece położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą i zaburzeniami korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych). Udział schizofrenii w wydatkach ogółem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyniósł w 2018 r. - 3,1 %, co wynosi w wartościach bezwzględnych 1 141 mln zł. Stanowi to 16,5% całości wydatków ZUS w grupie chorobowej zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Należy zauważyć, iż koszty pośrednie schizofrenii wynikają także m.in z przedwczesnej śmierci oraz obciążenia i wymuszonej absencji rodzin i opiekunów^{11,12}.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Szacuje się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy około 10%, populacji dzieci i młodzieży co oznacza, że w Polsce ponad 600 tys. osób poniżej 18. r. ż. wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki¹³.

Zaburzenia psychiczne pojawiające się w dzieciństwie i adolescencji są wynikiem wielu czynników biologicznych i środowiskowych, mają związek z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, relacjami w rodzinie, szkole oraz grupach rówieśniczych, stresem i narażeniem na kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się narastanie częstości zaburzeń zależnych lub częściowo zależnych od uwarunkowań cywilizacyjnych (np. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, zaburzenia związane ze stresem).

¹⁰ <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/>

¹¹ <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/>

¹² Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Analiza wybranych problemów zdrowotnych w Polsce - Schizofrenia, <https://basiw.mz.gov.pl/> (dostęp z dn. 24.08.2020 r.)

¹³ Janas-Kozik Małgorzata. "Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego." *Psychiatria* 14.1 (2017): 61-63.

Zmianie ulega także obraz kliniczny zaburzeń - coraz częściej dominującymi objawami stają się zachowania agresywne i autodestrukcyjne.

W tabeli 1 przedstawione zostały najczęstsze rozpoznania na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 1. 10 najczęstszych rozpoznań wśród pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

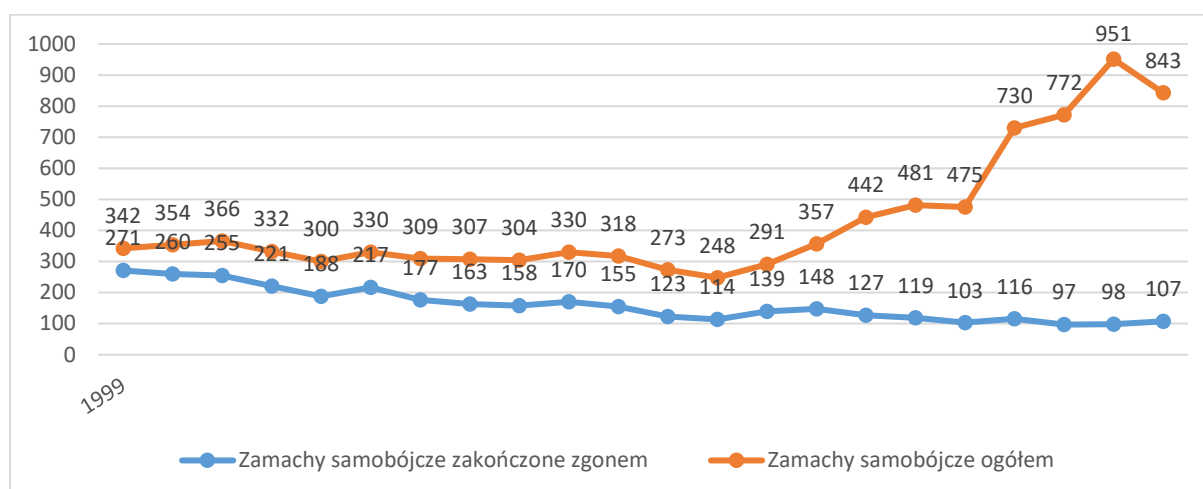
kod rozpoznania głównego ICD10 (3 znaki)	nazwa rozpoznania głównego ICD10 (3 znaki)	liczba pacjentów	% w ogólnej liczbie rozpoznań
F84	CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE	36 706	25,36%
F90	ZABURZENIE HIPERKINETYCZNE (ZESPOŁY NADPOBUDLIWOŚCI RUCHOWEJ)	25 170	17,39%
F43	REAKCJA NA CIĘŻKI STRES I ZABURZENIA ADAPTACYJNE	15 210	10,51%
F93	ZABURZENIA EMOCJONALNE ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ ZWYKLE W DZIECIŃSTWIE	14 905	10,30%
F92	MIESZANE ZABURZENIA ZACHOWANIA I EMOCJI	13 903	9,60%
Z03	OBSERWACJA MEDYCZNA I OCENA PRZYPADKÓW PODEJRZANYCH O CHOROBY LUB STANY PODOBNE	9 238	6,38%
F91	ZABURZENIA ZACHOWANIA	7 560	5,22%
F32	EPIZOD DEPRESYJNY	6 647	4,59%
F41	INNE ZABURZENIA LĘKOWE	6 284	4,34%
F70	UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE LEKKIE	5 496	3,80%

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ 2019

Szczególnie poważnym problemem są próby samobójcze i samobójstwa. Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce¹⁴. Śmierć w wyniku samobójstwa stanowi przyczynę 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1-19 lat (przyczyna śmierci 26% chłopców i 16% dziewcząt). Poniżej na wykresie przedstawiona została liczba zamachów samobójczych oraz zamachów samobójczych zakończonych zgonem. Wyraźny jest wzrost liczby prób samobójczych w omawianej grupie wiekowej. Należy jednocześnie zaznaczyć, iż dane uwzględniają jedynie te próby, o których została poinformowana Policja.

¹⁴ Kielan Aleksandra, Dominik Olejniczak. "Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży." Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 17.3 (2018): 9-26.

Wykres 1. Zamachy samobójcze zakończone zgonem i nie zakończone zgonem (tzw. Próby samobójcze) w grupie wiekowej poniżej 18 r. ż.



Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki (nie tylko ambulatoryjna lub szpitalna opieka psychiatryczna, ale także na poziomie systemu rodzinnego, systemu edukacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, ośrodków pomocy społecznej, świetlic środowiskowych, ośrodków interwencji kryzysowej, rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, centrów integracji społecznej, ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, itp.).

Analizy porównujące liczbę świadczeniodawców udzielających określonych typów wsparcia dzieciom i młodzieży doświadczającej zaburzeń psychicznych w okresie ostatnich kilku lat wskazują, iż liczba podmiotów realizujących świadczenia nie ulega znaczącym zmianom. W ocenie specjalistów taka liczba świadczeniodawców nie zaspokaja potrzeb populacyjnych. W tabeli poniżej przedstawiona została liczba podmiotów posiadających umowę na udzielanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia w określonych zakresach.

Tabela 2. Liczba świadczeniodawców posiadających umowy na świadczenia w rodzaju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w latach 2013, 2017, 2018 i 2020

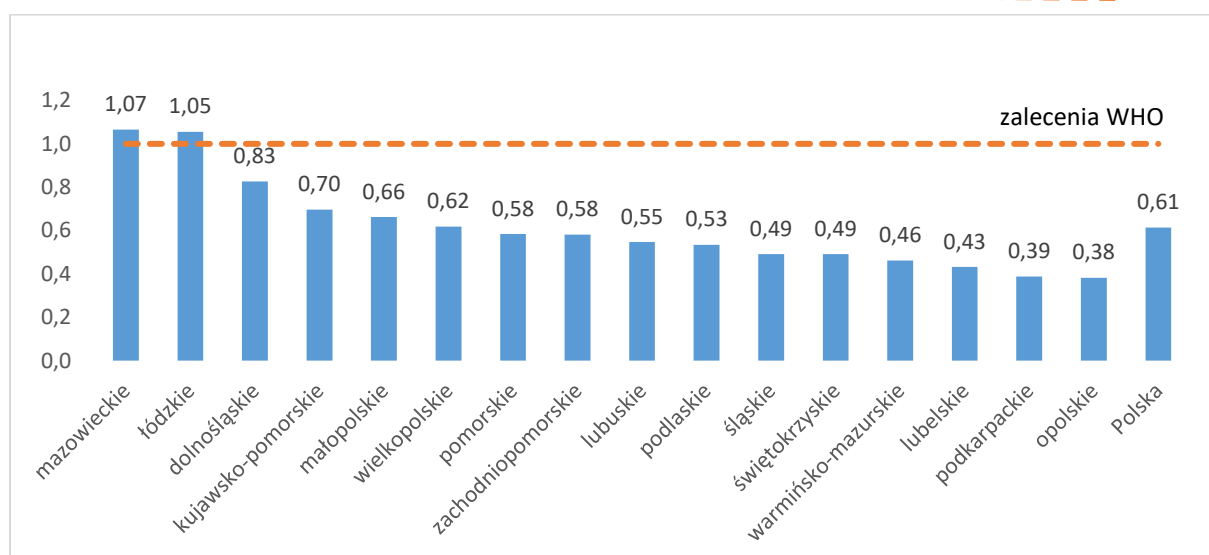
Nazwa zakresu	Liczba świadczeniodawców			
	2013 r.	2017 r.	2018 r.	2020 r
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (oddziały całodobowe)	30	31	34	34
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	35	35	38	45
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	155	157	167	154
Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny	Ośrodki rozpoczęły działalność od kwietnia 2020 r.			139

Źródło: Zestawienie Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych NFZ, luty 2020.

Poważnym problemem systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce jest regionalne zróżnicowanie dostępu do poszczególnych typów świadczeń. Szczególnie trudna sytuacja jest obecnie w województwie podlaskim, w którym brakuje oddziału całodobowego dla dzieci i młodzieży.

Trudna sytuacja w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w sposób szczególnie związana jest z niewystarczającą liczbą specjalistów lekarzy – psychiatrów dziecięcych. Zawód psychiatry dziecięcego wykonuje 482 osób w Polsce (dane Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień 28 lutego 2021 r.). Poniżej przedstawiony został wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów na 10 000 osób poniżej 18. r. ż. w poszczególnych województwach (stan na 31 grudnia 2019 r.). Należy zauważyć, iż zgodnie ze standardem WHO dla kraju o średnim poziomie dochodów 1 psychiatra powinien przypadać na 10 000 dzieci¹⁵. Jedynie w dwóch województwach (mazowieckim oraz łódzkim) ten standard został spełniony, a wskaźnik ogólnokrajowy jest o 40% niższy od standardu WHO.

Wykres 2. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży na 10 000 dzieci i młodzieży (stan na 31 grudnia 2019 r.).



Źródło: Zestawienie własne.

Należy także zauważyć, iż dostępne dane wskazują na negatywne skutki epidemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, co jest związane z czynnikami takimi jak m.in.:

- izolacja (w tym izolacja od członków rodziny, środowiska szkolnego oraz rówieśniczego)¹⁶;
- narastanie różnic społecznych (uczniowie pochodzących ze środowisk dotkniętych ubóstwem mogą szczególnie mocno odczuć zarówno społeczne jak i zdrowotne skutki zamknięcia placówek oświatowych)¹⁷;

¹⁵ Wystąpienie pokontrolne NIK P/19/059 Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży 2019.

¹⁶ UNESCO, 2020. Adverse consequences of school closures. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences> Data uzyskania dostępu: 26 08 2020.

¹⁷ Armitage, Richard, and Laura B. Nellums. *Considering inequalities in the school closure response to COVID-19*. The Lancet Global Health , 8.5 2020: 644.

- obawa o zdrowie i życie najbliższych (w tym strach przed zarażeniem bliskich)¹⁸;
- ograniczenie aktywności fizycznej (np. przez brak możliwości uczestnictwa w zajęciach sportowych);
- utrudniony dostęp do opieki psychologicznej (przez brak dostępu do pomocy otrzymywanej w szkołach, ograniczenie dostępu do świadczeń)¹⁹;
- zwiększone narażenie na przemoc fizyczną i psychiczną oraz seksualną, w przypadku domów, w których występuje problem przemocy^{20, 21};
- niestabilność finansowa rodziny²².

Dostępne badania wskazują na negatywne konsekwencje pandemii dla zdrowia psychicznego w Polsce. Jak wynika z badania CBOS23 w porównaniu do danych z 2019 roku nastąpiło wyraźne obniżenie ogólnego samopoczucia, które najbardziej widoczne było wśród najmłodszych badanych (18-24 lata), którzy doświadczali niektórych negatywnych emocji wyraźnie częściej niż osoby starsze. Częstość odczuwania depresji, bezradności i znużenia osiągnęła wśród tej grupy najwyższy poziom na przestrzeni ostatnich 20 lat. Na liczne problemy związane ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży wskazują także inne dostępne raporty z prowadzonych w Polsce badań^{24, 25}.

Dostępne wsparcie

Oddziały psychiatryczne dla dorosłych

Zakres wsparcia

Na wstępie należy zaznaczyć, że świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są udzielane bezpłatnie wszystkim osobom niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego. Leki refundowane przysługują wszystkim obywatelom niezależnie od statusu ubezpieczenia.

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w formie stacjonarnej (całodobowe) udzielane są w oddziałach psychiatrycznych, oddziałach leczenia uzależnień oraz w izbach przyjęć osobom powyżej 18 r. ż. w zakresie diagnostyki oraz leczenia wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99). Świadczenia całodobowe udzielane są przede

¹⁸ Fegert, Jörg M., Benedetto Vitiello, Paul L. Plener, and Clemens Vera. *Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 14 2020: 1-11.

¹⁹ Golberstein, Ezra, Wen Hefei, and Benjamin F. Miller. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents*. JAMA pediatrics, 2020.

²⁰ Fegert, Jörg M. i in. ibidem.

²¹ Kim, Usher, Bhullar Navjot, Joanne Durkin, Naomi Gyamfi, and Debra Jackson. *Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support*. International journal of mental health nursing, 2020

²² Kim, Usher i in. ibidem

²³ CBOS, 2021. <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2021/01/newsletter.php> Data uzyskania dostępu: 09 03 2021

²⁴ Makaruk, K., Włodarczyk, J. i Szredzińska, R., 2021. *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii*, Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

²⁵ Puciłowska, M., Buchner, A., Wierzbicka, M. i Michorowska, M., 2020. *Stan zdrowia psychicznego polskich uczniów z perspektywy nauczycieli*, Warszawa: Fundacja Szkoła z Klasą.

wszystkim na oddziałach psychiatrycznych ogólnych stanowiącą główną część bazy leczenia stacjonarnego.

Na oddziale szpitalnym przeprowadzana jest wielostronna diagnoza i leczenie zaburzeń psychicznych.

Do świadczeń udzielanych na oddziale zalicza się:

- 1) świadczenia terapeutyczne;
- 2) programy terapeutyczne;
- 3) niezbędne badania diagnostyczne;
- 4) konsultacje specjalistyczne;
- 5) leki;
- 6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;
- 7) wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Oprócz diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej, w ramach hospitalizacji możliwe jest także wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, EKG czy badań dodatkowych mających na celu wykluczenie chorób ośrodkowego układu nerwowego (np. EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Pacjenci oddziałów psychiatrycznych mają także zapewniony dostęp do terenu przeznaczanego na cele rekreacyjne, gdzie mogą przebywać pod opieką personelu oddziału.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym ma prawo do przestrzegania jej praw określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) w tym prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

Warunkiem przyjęcia jest ważne skierowanie od lekarza psychiatry. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania.

Zasady przyjmowania pacjentów do szpitala psychiatrycznego reguluje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2020 r. poz. 685) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2475).

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi, następuje za jej pisemną zgodą oraz na podstawie ważnego skierowania, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia, lub bez skierowania w nagłych przypadkach (za zgodą pacjenta), po osobistym zbadaniu przez lekarza.

Warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym bez zgody określają art. 23, 24 i 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*. Natomiast w art. 29 ww. ustawy określone są warunki przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym.

Przyjęcia w ramach trybu nagłego podlegają ocenie ich zasadności przez sąd. W przypadku trybu wnioskowego przyjęcie odbywa się po uprawomocnieniu orzeczenia sądu w tej sprawie.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące liczby szpitali psychiatrycznych w Polsce oraz liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych wraz z liczbą łóżek. Działania planowane w dalszej części dokumentu odnoszą się również do zmiany struktury liczby łóżek, zarówno w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Tabela 3 Liczba szpitali psychiatrycznych oraz łóżek psychiatrycznych w oparciu o dane ze statystyki publicznej – 2019 r.

Województwo	Szpitale psychiatryczne					
	Liczba placówek	Liczba oddziałów	Łóżka w dniu 31.XII rzeczywiste	Średnia	Leczeni	
				liczba łóżek	(bez ruchu między-oddziałowego)	Osobodni
				rzeczywistych	**	Leczenia
**		**				
POLSKA	57	264	10 918	11 028	115 010	3 709 676
dolnośląskie	6	20	676	730	7 685	240 288
kujawsko-pomorskie	1	9	262	262	2 530	93 698
lubelskie	3	14	684	687	6 061	239 041
lubuskie	3	10	407	411	3 527	137 247
łódzkie	5	22	835	854	9 040	277 074
małopolskie	2	15	603	637	6 597	225 969
mazowieckie	8	48	1 835	1 838	20 232	653 932
opolskie	3	8	434	434	4 703	149 164
podkarpackie	2	9	414	414	3 614	130 860
podlaskie	2	11	469	469	5 880	154 261
pomorskie	5	20	786	757	8 799	249 766
śląskie	7	31	1 418	1428	12 001	411 530
świętokrzyskie	1	10	524	524	7 139	195 990
warmińsko-mazurskie	3	11	464	473	3 995	158 670
wielkopolskie	3	23	954	957	11 127	341 894
zachodniopomorskie	3	3	153	153	2 080	50 292

Tabela 4. Liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych w oparciu o dane ze statystyki publicznej – 2019 r.

Województwo	Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych					
	Liczba placówek	Liczba oddziałów	Łóżka w dniu 31.XII rzeczywiste	Średnia	Leczeni	
				liczba łóżek	(bez ruchu między-oddziałowego)	Osobodni
				rzeczywistych	**	Leczenia
**		**				
POLSKA	96	139	5 432	5 447	66 343	1 811 998
dolnośląskie	7	9	377	379	3 946	129 385
kujawsko-pomorskie	7	19	587	587	6 031	201 229
lubelskie	6	10	429	429	4 811	130 265
lubuskie	2	3	99	99	1 473	34 707
łódzkie	4	12	492	492	6 113	157 227
małopolskie	11	12	520	502	6 533	165 556

mazowieckie	14	15	514	522	7 065	175 555
opolskie	2	3	80	80	982	25 537
podkarpackie	7	9	376	376	5 137	140 337
podlaskie	4	4	121	122	1 679	36 497
pomorskie	5	6	188	227	2 393	81 399
śląskie	14	18	698	693	8 772	216 438
świętokrzyskie	1	1	60	60	849	20 967
warmińsko-mazurskie	3	3	177	177	1 961	54 808
wielkopolskie	4	7	280	280	3 116	89 611
zachodniopomorskie	5	8	434	422	5 482	152 480

Tabela 5. Liczba łóżek psychiatrycznych na 10 000 mieszkańców w oparciu o dane ze statystyki publicznej – 2019 r.

POLSKA	LICZBA ŁÓŻEK NA 10 000 TYS. MIESZKAŃCÓW
ogółem	8,85
Dolnośląskie	9,56
Kujawsko-pomorskie	7,56
Lubelskie	10,69
Lubuskie	17,96
łódzkie	8,79
Małopolskie	5,96
Mazowieckie	8,36
Opolskie	11,75
Podkarpackie	7,33
Podlaskie	10,92
Pomorskie	10,01
Śląskie	9,76
Świętokrzyskie	7,53
Warmińsko-mazurskie	8,99
Wielkopolskie	7,58
Zachodniopomorskie	7,23

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych udzielane są osobom powyżej 18 r. ż.

Finansowanie

Należy zauważyć, iż nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatryczne dla dorosłych udzielane w warunkach całodobowych systematycznie wzrastają. W tabeli 4 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 6. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	750 870 208,18 zł	760 430 730,71 zł	766 158 781,79 zł	699 640 514,26 zł
LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DOROSŁYCH	30 254 372,85 zł	29 276 578,79 zł	30 317 029,59 zł	33 328 913,28 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA CHORYCH SOMATYCZNIE	23 963 743,89 zł	23 700 791,16 zł	23 050 760,93 zł	22 563 642,29 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE	46 269 251,28 zł	46 714 280,19 zł	51 606 968,93 zł	55 475 140,25 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA PRZEWLEKLE CHORYCH	12 774 136,00 zł	13 018 768,90 zł	13 155 068,77 zł	12 776 949,03 zł
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA	71 906 592,59 zł	78 756 305,30 zł	91 750 591,03 zł	105 400 423,25 zł
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA	79 575 245,82 zł	84 832 188,70 zł	94 158 244,66 zł	106 111 041,00 zł
ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	16 258 785,06 zł	17 113 866,50 zł	23 019 688,73 zł	30 301 523,46 zł
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	12 054 693,00 zł	12 523 467,44 zł	13 416 091,25 zł	14 487 295,71 zł
ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	166 430 290,92 zł	172 211 309,41 zł	187 606 334,62 zł	207 246 927,62 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP	- zł	- zł	14 851 885,70 zł	66 254 170,11 zł
RAZEM	1 210 357 319,59 zł	1 238 578 287,10 zł	1 309 091 446,00 zł	1 353 586 540,26 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych udzielane są dzieciom i młodzieży w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99). Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Na oddziale psychiatrycznym pacjent znajduje się pod całodobową opieką lekarza psychiatry – specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz personelu pielęgniarskiego. Ma także możliwość korzystania z psychoterapii, terapii zajęciowej oraz innych form pomocy dostosowanej do potrzeb chorego (np. terapia grupowa, trening komunikacji czy psychoedukacja). Oprócz diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej, w ramach hospitalizacji możliwe jest także wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, EKG czy badań dodatkowych mających na celu wykluczenie chorób ośrodkowego układu nerwowego (np. EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Pacjenci oddziałów psychiatrycznych mają także zapewniony dostęp do terenu przeznaczonego na cele rekreacyjne, gdzie mogą przebywać pod opieką personelu oddziału. Zapewnienie możliwości nauczania należy do obowiązków szkół przyszpitalnych.

Na oddziałach całodobowych funkcjonują sale obserwacyjne przeznaczone dla pacjentów, u których ryzyko zachowań autodestrukcyjnych jest szczególnie nasilone. Istnieje także możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

W trakcie hospitalizacji pacjenci objęci są opieką pedagogiczną i realizują obowiązek szkolny w ramach szkół przyszpitalnych.

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych udzielane są dzieciom i młodzieży, kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia. Hospitalizacja może przebiegać w trybie nagłym (na podstawie decyzji lekarza psychiatry) lub planowym (na podstawie skierowania). Stany nagłe obejmują stany zagrożenia życia i zdrowia takie jak na przykład podjęcie przez chorego próby samobójczej lub zagrożenie wystąpienia takiego zachowania, czy występowanie zaburzeń odżywiania przy BMI (body mass index) poniżej 15 kg/m². Przyjęcia planowe mogą być związane m.in. z koniecznością przeprowadzenia pogłębionej diagnozy psychiatrycznej, intensyfikacji działań terapeutycznych czy doboru właściwego leczenia farmakologicznego.

Oddzielne placówki przeznaczone są do terapii uzależnień oraz udzielania świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

Finansowanie

Podobnie jak w przypadku świadczeń dla osób dorosłych, nakłady finansowe na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielane w warunkach całodobowych rosną. Poniżej w tabeli 5 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 7. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	61 350 357 zł	68 909 241 zł	82 880 377 zł	99 591 870 zł
LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	5 057 932 zł	5 315 774 zł	5 609 736 zł	6 925 302 zł
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA DLA NIELETNICH	14 569 401 zł	14 374 429 zł	16 154 549 zł	16 063 758 zł
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	1 797 999 zł	2 566 436 zł	3 146 824 zł	3 727 724 zł
ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	1 283 713 zł	1 351 467 zł	1 441 330 zł	1 497 861 zł
RAZEM	84 059 401,33 zł	92 517 346,10 zł	109 232 815,47 zł	127 806 514,39 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych dla dorosłych

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach ambulatoryjnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.) udzielane są pacjentom ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99), a także może być prowadzona obserwacja i badanie psychiatryczne diagnostyczne przypadków podejrzanych o zaburzenia psychiczne (Z03 i Z04.6).

Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych udzielane są przede wszystkim osobom nie wymagającym leczenia w warunkach całodobowych. Opieka realizowana jest w poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

Pacjent w ramach poradni zdrowia psychicznego ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad (w zakresie diagnozy, terapii), wizyt domowych oraz sesji psychoterapii (indywidualnej lub grupowej). Do poradni na wizytę u psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast na wizytę u psychologa i psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Jednocześnie zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493 z późn. zm.) w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii skierowanie, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), nie jest wymagane do świadczeń psychologicznych dla dorosłych.

W ramach poradni leczenia uzależnień pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa lub psychoterapeutę. W udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień może uczestniczyć również instruktor terapii uzależnień.

Podjęte działania mają prowadzić do abstynencji, która jest warunkiem niezbędnym do dalszego leczenia uzależnień. Zapewniane jest również profesjonalne wsparcie rodzinie osoby uzależnionej.

W poradniach ustalany jest plan terapeutyczny dobrany indywidualnie i adekwatnie do stanu psychofizycznego pacjenta uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii. Kolejne wizyty służą monitorowaniu oceny stanu psychicznego i postępu leczenia. Częstość wizyt zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta.

W ramach leczenia ambulatoryjnego w psychiatrycznej opiece zdrowotnej należy wyszczególnić również zespoły leczenia środowiskowego. Jest to forma terapii dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Zespoły Leczenia Środowiskowego są najczęściej jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, Poradni Zdrowia Psychicznego lub Zakładu Opieki Zdrowotnej. Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. Zespoły Leczenia Środowiskowego pełnią niezwykle istotną funkcję w środowiskowym modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach ambulatoryjnych udzielane są osobom dorosłym, w tym osobom m.in. z nerwicami, związanymi ze stresem, zaburzeniami osobowości, zaburzeniami preferencji seksualnych, zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, używaniem alkoholu.

Finansowanie

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na świadczenia psychiatryczne dla dorosłych udzielane w warunkach ambulatoryjnych na przestrzeni lat wzrastają. W tabeli 6 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 8. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH	270 397 294 zł	286 818 924 zł	289 174 892 zł	284 893 452 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	17 952 404 zł	19 028 384 zł	20 019 128 zł	24 749 156 zł
LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE)	34 695 951 zł	46 695 960 zł	51 897 111 zł	49 546 900 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP	- zł	- zł	3 114 928 zł	14 437 847 zł
RAZEM	323 045 649,36 zł	352 543 267,98 zł	364 206 059,23 zł	373 627 354,33 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach dziennych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielane są osobom powyżej 18. r. ż. w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99), z wyłączeniem: zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10-F19) oraz upośledzenia umysłowego (F71-F79).

Ww. świadczenia udzielane są przede wszystkim na oddziałach dziennych psychiatrycznych, które przeznaczone są do kompleksowego diagnozowania, leczenia, terapii i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychiatrycznymi wymagającymi fachowej pomocy wykraczającej poza możliwości Poradni Zdrowia Psychicznego, ale niepotrzebujących całodobowej opieki szpitalnej.

Zajęcia w oddziale dziennym odbywają się z reguły od poniedziałku do piątku, przy dziennej liczbie godzin nie mniejszej niż 5, a następnie pacjenci wracają do swojego środowiska, domu, rodziny. Pobyt w oddziale dziennym ma służyć poprawie stanu psychicznego pacjenta, redukcji objawów i zachowań objawowych, zapobieganiu nawrotom choroby, poprawie współpracy we własnym leczeniu, poprawie funkcjonowania społecznego i zaradności życiowej, poprawie samooceny, aktywizacji i pomocy w podjęciu aktywności społecznej i zawodowej. W trakcie pobytu w oddziale pacjenci mają możliwość korzystania z psychoterapii, psychoedukacji, terapii zajęciowej np.: pracownia krawiecka, plastyczna, komputerowa, ogrodnicza, malarstwo, zajęcia integracyjne, muzykoterapia, arteterapia, psychorysunek, zajęcia teatralne, trening kulinarny.

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach dziennych udzielane są pacjentom, na podstawie skierowania od lekarza psychiatry. Dobór zajęć i metod oddziaływań rehabilitacyjnych uwzględnia aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne, poznawcze i poziom społeczno-kulturalny pacjenta.

Analizę tę dokonują członkowie zespołu terapeutycznego w skład, którego wchodzi m.in.: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, psycholog, pedagog, pielęgniarka, instruktor terapii zajęciowej. Efektywne połączenie leczenia farmakologicznego z leczeniem psychospołecznym poprawia wsparcie emocjonalne, rozbudza odpowiedzialność za własne leczenie, poprawia umiejętności społeczne i kontakty w rodzinie.

Finansowanie

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na świadczenia psychiatryczne w warunkach dziennych dla osób dorosłych wzrastały na przestrzeni ostatnich lat. W tabeli 7 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 9. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	68 165 283 zł	82 197 424 zł	80 514 942 zł	75 086 440 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE DLA DOROSŁYCH	16 859 653 zł	20 318 659 zł	21 079 203 zł	22 371 524 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE GERIATRYCZNE	6 109 842 zł	7 855 091 zł	9 146 903 zł	10 893 779 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE REHABILITACYJNE DLA OSÓB Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJOWYMI	3 301 425 zł	4 607 074 zł	5 915 877 zł	7 766 774 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP	- zł	- zł	2 117 067 zł	8 251 460 zł

RAZEM	94 436 203,48 zł	114 978 248,08 zł	118 773 991,23 zł	124 369 976,80 zł
--------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Zakres wsparcia

Udzielanie świadczeń w warunkach oddziału dziennego udzielane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ma niezwykle istotne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży - umożliwia bowiem realizację intensywnych działań diagnostycznych i terapeutycznych bez konieczności izolacji pacjenta od środowiska rodzinnego i grupy rówieśniczej. Pobyt na oddziale dziennym ogranicza stres odczuwany przez pacjenta i jego bliskich.

W ramach pobytu na oddziale dziennym pacjenci korzystają z opieki lekarza psychiatry oraz opieki pielęgniarskiej, psychoterapii, terapii zajęciowej i grupowej. Inne zajęcia realizowane są zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów i możliwościami oddziałów. W ramach świadczeń podejmowane są działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

Realizacja obowiązku szkolnego może odbywać się na oddziale (w ramach szkoły przyszpitalnej) lub poza godzinami pobytu na oddziale (w przypadku oddziałów udzielających świadczeń w godzinach popołudniowych).

Grupa docelowa

Dzieci i młodzież do 18. r. ż. z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. Wskazany jest podział oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży na pododdział dla dzieci młodszych (do 13. r. ż.) i pododdział młodzieżowy.

Przyjęcie na oddział dzienny następuje w trybie planowym, na podstawie skierowania lekarskiego. Oddzielne placówki przeznaczone są do terapii uzależnień.

Finansowanie

Podobnie jak w przypadku świadczeń dedykowanych osobom dorosłym, nakłady na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielane w warunkach oddziału dziennego stale rosną. W tabeli 8 przedstawiono nakłady na poszczególne typy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 10. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	19 467 742 zł	23 384 490 zł	24 836 767 zł	28 588 198 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży

Pacjent w ramach poradni zdrowia psychicznego, ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad (w zakresie diagnozy, terapii), wizyt domowych oraz sesji psychoterapii (indywidualnej, grupowej lub rodzinnej). Na wizytę u psychiatry dzieci i młodzieży nie jest wymagane skierowanie, podobnie jak do świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych czy środowiskowych.

W ramach poradni leczenia uzależnień pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, pomocy psychologicznej, wsparcia emocjonalnego czy psychoterapii.

W poradniach zdrowia psychicznego ustalany jest indywidualny plan terapeutyczny dobrany indywidualnie i adekwatnie do stanu psychofizycznego pacjenta uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii. Kolejne wizyty służą monitorowaniu oceny stanu psychicznego i postępu leczenia. Częstość wizyt zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta.

W ramach leczenia ambulatoryjnego w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży również funkcjonują zespoły leczenia środowiskowego.

Od kwietnia 2020 roku świadczenia ambulatoryjne udzielane są także w ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży). Są to ośrodki zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży, udzielające pomocy blisko miejsca zamieszkania rodziny. Specjaliści pracujący na I poziomie referencyjnym mają za zadanie otoczyć opieką osoby doświadczające najczęstszych zaburzeń psychicznych – w przypadku których najczęściej nie jest konieczna pogłębiona diagnoza lekarska czy farmakoterapia. Zgodnie z założeniami reformy ośrodki te pełnić będą kluczową funkcję w zmniejszeniu liczby pacjentów korzystających z konsultacji psychiatrycznych i hospitalizacji.

Według aktualnych danych świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w 214 miejscach. Obecnie oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe.

Zakres wsparcia

Świadczenia dla dzieci i młodzieży w warunkach ambulatoryjnych udzielane są w ramach świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych. Zakres udzielanego wsparcia obejmuje m.in.:

- porady lekarza psychiatry dzieci i młodzieży (w tym m.in. lekarsko-diagnostyczną rozpoczynającą lub weryfikującą proces diagnostyczno-terapeutyczny, lekarsko-terapeutyczną, lekarsko-kontrolną);
- porady psychologiczne (w tym psychologiczno-diagnostyczne);
- sesji psychoterapii (indywidualnej, grupowej, rodzinnej);
- sesji wsparcia psychospołecznego;
- wizyty, porady domowe lub środowiskowe.

Grupa docelowa

Ze świadczeń ambulatoryjnych korzystają wszyscy ci pacjenci wymagający diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych, u których nie ma wskazań do hospitalizacji na oddziałach dziennych ani całodobowych. Opieką poradni obejmowane są także osoby po wypisie ze szpitala psychiatrycznego.

Świadczenia ambulatoryjne udzielane są dzieciom i młodzieży bez skierowania od lekarza. Oddzielne placówki przeznaczone są do terapii uzależnień.

Finansowanie

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielane w warunkach ambulatoryjnych wzrastają na przestrzeni lat. W tabeli 9 przedstawiono nakłady na poszczególne typy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 11. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	40 516 212 zł	46 170 155 zł	48 420 726 zł	53 828 381 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Centra Zdrowia Psychicznego

Zakres wsparcia

Aby umożliwić przystosowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej do uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, niezbędne jest przeprowadzenie programu pilotażowego centrum zdrowia psychicznego, który w chwili obecnej jest w trakcie wdrażania. Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w aspekcie organizacyjnym, finansowym, jakościowym oraz równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych. W dniu 9 maja 2018 r. opublikowane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.). Zgodnie z przepisami każdy podmiot zakwalifikowany do programu pilotażowego tworzy jedno centrum zdrowia psychicznego.

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w ramach centrum zdrowia psychicznego (CZP) udzielane są osobom pełnoletnim cierpiącym na zaburzenia psychiczne. CZP zapewnia kompleksową psychiatryczną opiekę zdrowotną osobom zamieszkałym na określonym obszarze terytorialnym w formie co najmniej pomocy doraźnej, ambulatoryjnej (porada lekarska, porada psychologiczna, sesja psychoterapii, wizyta domowa), środowiskowej (środowiskowe opieka czynna zespołu leczenia środowiskowego/domowego), dziennej (oddział dzienny) i szpitalnej (całodobowy, ogólny oddział psychiatryczny).

Odpowiedzialność terytorialna CZP zwiększa dostępność opieki, umożliwia jej koordynację oraz ułatwia prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób dostosowany i zindywidualizowany do potrzeb pacjentów, co może w znaczący sposób przyczynić się do zwiększenia efektów terapeutycznych.

Pierwszy kontakt z CZP następuje bezpośrednio lub telefonicznie w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym (PZK). Osoby zgłaszające się są obsługiwane bez zwłoki i bez konieczności wcześniejszego umawiania się, przez wykwalifikowanego pracownika medycznego, który:

- udzieli informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej,
- dokona wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych,
- wskaże termin, rodzaj i miejsce uzyskania niezbędnego świadczenia (w przypadkach pilnych, nie później niż 72 godziny od chwili zgłoszenia),
- gdy jest taka potrzeba, udzieli informacji na temat miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej, gdy jest ona potrzebna.

PZK stanowi część poradni zdrowia psychicznego, która w CZP funkcjonuje co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8.00 do 18.00. W innym czasie, jak również w przypadkach nagłych, niezbędną pomoc świadczy lekarz dyżurny oddziału całodobowego bez pośrednictwa PZK.

W poradni CZP pacjent może uzyskać pomoc w trybie zwykłym (tj. wyczekującym) lub czynnym (tj. zapewniającym ciągłość opieki zgodnie z indywidualnym planem terapii i zdrowienia), w formie porad lub wizyt lekarza i psychologa, wizyt terapeuty środowiskowego, sesji wsparcia psychospołecznego lub psychoterapii. Zespół leczenia środowiskowego zajmuje się pacjentami wymagającymi środowiskowej opieki czynnej, tj. dążącej do podtrzymania ciągłości leczenia i wyprzedzania i ograniczania ryzyka nawrotów, świadczonej w razie potrzeby w miejscu zamieszkania, z intensywnością zależną od aktualnego stanu zdrowia chorego, zgodnie z indywidualnym planem terapii i zdrowienia. W opiece dziennej pacjent ma zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wsparcie edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin, bezpłatny jeden posiłek każdego dnia pobytu. W warunkach całodobowej opieki szpitalnej zapewnione są ponadto konsultacje specjalistyczne, wyroby medyczne, w tym przedmioty ortopedyczne oraz bezpłatne zakwaterowanie i wyżywienie.

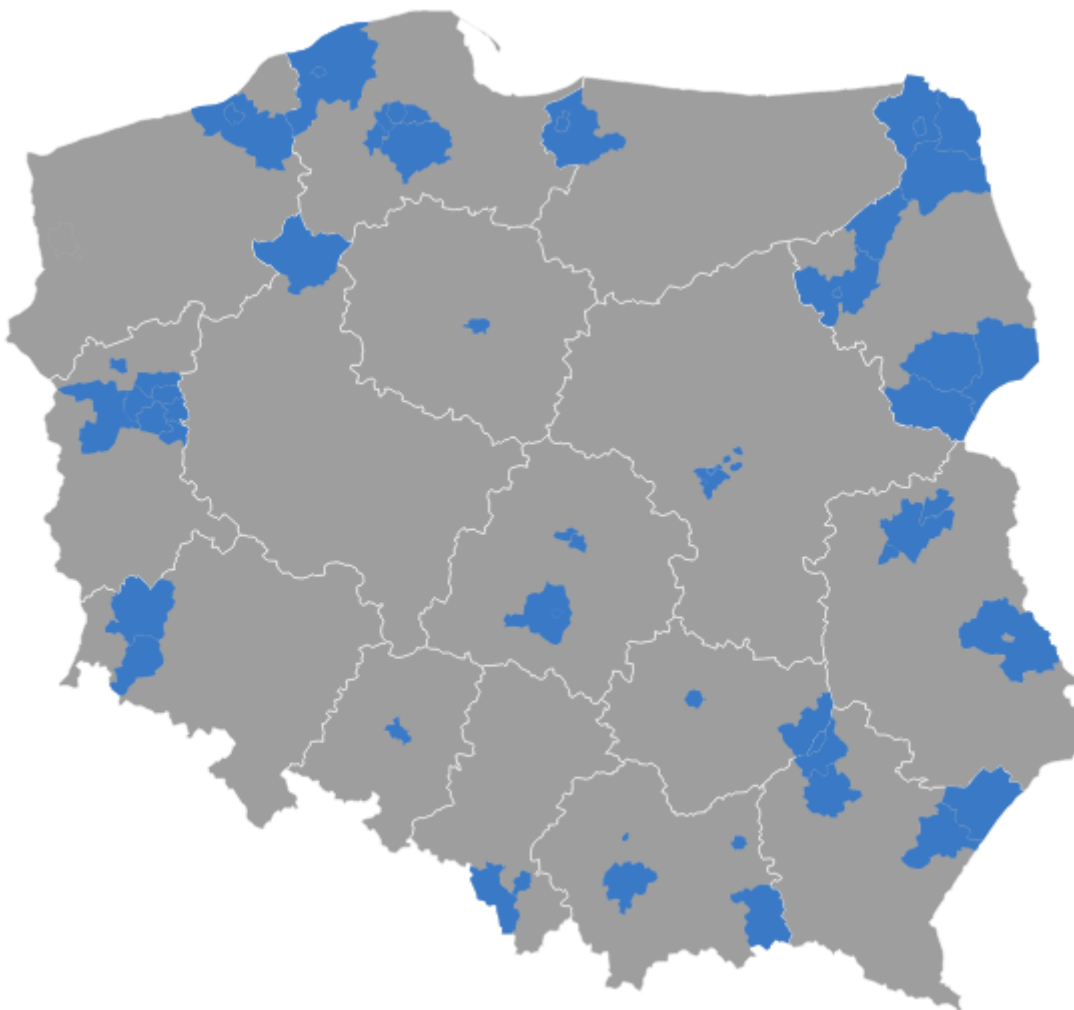
CZP zatrudniają asystentów zdrowienia oferujących aktualnie chorującym wsparcie możliwe dzięki przebytemu i przepracowanemu własnemu doświadczeniu poważnego kryzysu psychicznego.

CZP współpracuje z podmiotami pomocy społecznej oraz innymi organizacjami pomocowymi w zapewnieniu niezbędnego oparcia społecznego oraz przywracaniu gotowości i zdolności do uczestnictwa w życiu społecznym. Współpracuje też z organizacjami samopomocowymi funkcjonującymi na obszarze odpowiedzialności CZP.

Grupa docelowa oferowanego wsparcia

CZP powstały w ramach pilotażowego programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Od 2018 r. utworzono w pilotażu 29 centrów zlokalizowanych w 15 województwach, zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska.

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w ramach CZP udzielane są osobom dorosłym cierpiącym na zaburzenia psychiczne. Centrum nie udziela świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży poniżej 18. r. ż., nie zajmuje się leczeniem uzależnień oraz nie udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci detencji psychiatrycznej.



Rycina 1. Obszary objęte pilotażem w 2020 r. Stan na dzień 9.02.2021 r.

Finansowanie

Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez CZP opiera się na ryczałcie na populację, czyli sposobie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej objętych pilotażem określonym jako iloczyn liczby osób powyżej 18. r. ż. zamieszkujących obszar działania centrum i stawki rocznej na osobę.

Główne założenia rozwoju systemu

Mając na uwadze informacje przedstawione w ww. rozdziałach należy podkreślić, iż działania zaplanowane w niniejszym dokumencie mają na celu rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce w kierunku modelu psychiatrii środowiskowej opartej na centrach zdrowia psychicznego. Poza rozwojem centrów zdrowia psychicznego oraz położeniem nacisku na rozwój świadczeń ambulatoryjnych kluczowa jest również zmiana struktury łóżek szpitalnych w opiece psychiatrycznej. Celem zaplanowanych działań jest systematyczne likwidowanie łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.

KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Dokumentem określającym strategię działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, zwany dalej „Programem”. W Programie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Wśród zadań wymienionych w Programie, za kluczowe uznaje się upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w duchu procesu deinstytucjonalizacji m.in. przez tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego. Stopniowe przechodzenie z modelu „azylowego”, opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych.

Należy również zaznaczyć, że deinstytucjonalizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych w tym organizacji pacjenckich. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwi m.in.: przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz przy odpowiedniej koordynacji daje szansę na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych.

Jednym z elementów umożliwiających wdrażanie środowiskowego modelu było także wsparcie realizowane w działaniu 4.1 PO WER Innowacje społeczne. Pozwoliło ono przetestować w praktyce rozwiązania dotąd nie stosowane.

Mając na uwadze powyższe proponuje się realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji w następujących obszarach:

Cel główny: Poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego

- 1) Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
- 2) Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 3) Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 4) Inwestycje infrastrukturalne - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 5) Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autodestrukcyjnych.

Psychiatria Dorosłych

Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej w dziedzinie psychiatrii dorosłych

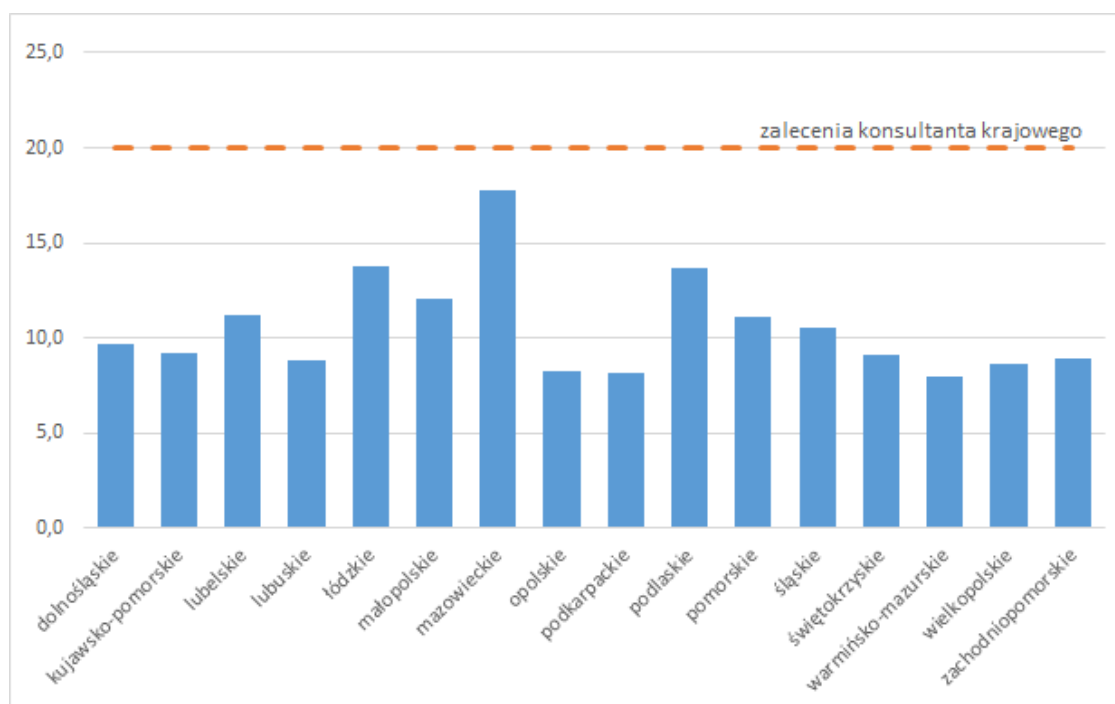
Cel szczegółowy:

Poprawa sytuacji kadrowej w opiece psychiatrycznej dorosłych

Diagnoza:

Z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, kadry specjalistów zajmujących się udzielaniem tego rodzaju świadczeń stanowią najistotniejszy zasób warunkujący dostępność i jakość udzielanych świadczeń. Z tego powodu istotna jest ocena liczby zarówno lekarzy psychiatrów, jak i innych specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. Na poniższym wykresie przedstawiono liczbę psychiatrów na 100 tys. ludności wg województw, w poniższych tabelach zestawiono informacje dotyczące liczby przedstawicieli wybranych grup zawodowych zaangażowanych w udzielanie świadczeń:

Wykres 3. Wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii dorosłych na 100 tys. ludności w roku 2019.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2020.

Tabela 12. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze, psycholodzy, pielęgniarki psychiatryczne (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2018.

OW NFZ	Rok	Liczba lekarzy psychiatrów			Liczba psychologów		Liczba pielęgniarek psychiatrycznych
		W trakcie specjalizacji	Ze specjalizacją I stopnia	Specjalistów	Bez specjalizacji	Klinicznych	
Dolnośląski	2017	61	29	218	324	83	71
	2018	79	28	220	321	87	107
Kujawsko-Pomorski	2017	40	11	144	188	39	64
	2018	61	11	154	214	39	64
Lubelski	2017	67	30	160	302	76	67
	2018	71	31	173	374	105	79
Lubuski	2017	9	17	81	110	15	26
	2018	6	13	74	102	13	39
Łódzki	2017	118	23	253	296	140	62
	2018	122	23	269	376	168	86
Małopolski	2017	93	28	312	401	168	77
	2018	112	31	347	528	208	111
Mazowiecki	2017	236	55	596	884	159	106
	2018	250	50	589	904	154	130
Opolski	2017	29	17	77	105	44	30
	2018	32	17	82	116	48	53
Podkarpacki	2017	32	21	123	190	48	38
	2018	40	16	127	189	47	53
Podlaski	2017	28	14	139	151	33	73
	2018	31	12	128	136	25	59
Pomorski	2017	79	24	201	293	57	40
	2018	79	22	215	279	64	78
Śląski	2017	107	31	397	606	120	88
	2018	131	31	396	633	127	79
Świętokrzyski	2017	29	8	95	114	8	45
	2018	29	8	95	139	9	45
Warmińsko-Mazurski	2017	23	22	90	131	38	57
	2018	23	21	93	142	39	70
Wielkopolski	2017	74	22	261	370	115	56
	2018	79	25	277	421	133	157
Zachodniopomorski	2017	47	17	120	157	56	33
	2018	52	17	131	188	76	39
Suma	2017	1072	369	3267	4622	1199	933
	2018	1197	356	3370	5062	1342	1249

Źródło: Dane na podstawie informacji NFZ.

Tabela 13. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – specjaliści psychoterapii i instruktorzy terapii uzależnień (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2018.

OW NFZ	Rok	Liczba psychoterapeutów	Liczba osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty	Liczba specjalistów psychoterapii uzależnień	Liczba osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień	Liczba Instruktorów terapii uzależnień
Dolnośląski	2017	80	92	152	48	63
Dolnośląski	2018	87	97	162	49	59
Kujawsko-Pomorski	2017	40	31	109	8	41
Kujawsko-Pomorski	2018	40	35	112	15	44
Lubelski	2017	21	56	77	60	19
Lubelski	2018	33	85	98	57	26
Lubuski	2017	9	21	76	20	34
Lubuski	2018	9	21	73	19	31
Łódzki	2017	41	80	71	63	53
Łódzki	2018	62	98	97	88	54
Małopolski	2017	60	109	109	33	29
Małopolski	2018	100	136	123	78	35
Mazowiecki	2017	248	372	270	174	52
Mazowiecki	2018	238	394	266	186	47
Opolski	2017	19	29	62	27	18
Opolski	2018	20	42	68	30	19
Podkarpacki	2017	39	37	78	23	27
Podkarpacki	2018	42	31	82	27	27
Podlaski	2017	42	88	78	42	14
Podlaski	2018	41	80	81	41	13
Pomorski	2017	54	55	38	32	7
Pomorski	2018	75	77	57	29	7
Śląski	2017	186	392	272	129	61
Śląski	2018	213	392	278	124	63
Świętokrzyski	2017	25	33	90	25	19
Świętokrzyski	2018	25	47	90	28	17
Warmińsko-	2017	28	30	96	35	36
Warmińsko-	2018	31	44	102	26	37
Wielkopolski	2017	79	118	81	35	46
Wielkopolski	2018	104	165	101	55	49
Zachodniopomorski	2017	69	64	71	39	165
Zachodniopomorski	2018	87	89	88	49	175
Suma	2017	1040	1607	1730	793	684
	2018	1207	1833	1878	901	703

Źródło: Dane na podstawie informacji NFZ.

Zgodnie z danymi w tabeli 11, w 2018 r. świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna udzielało 1207 psychoterapeutów oraz 1833 osób ubiegających się o wykonywanie zawodu psychoterapeuty. Analizując dane zamieszczone w tabeli 11 zauważalny jest dość wyraźnie wzrost liczby osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeutów. Jest to dość istotne mając na uwadze, iż psychoterapia stanowi istotny element w postępowaniu leczniczym. Np. w zaburzeniach

depresyjnych na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia wdrożenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu – jako jedyna forma leczenia, przy zintensyfikowaniu objawów – jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii)²⁶.

Kluczowe wydaje się dążenie do zapewnienia również dostępności do wskazanych kadr medycznych w poszczególnych województwach.

Warte zaznaczenia jest, iż we wdrażanym modelu psychiatrii środowiskowej na znaczeniu będą zyskiwali asystenci zdrowienia. Wymóg zatrudniania asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2025 r. zwiększenie liczby psychiatrów dorosłych o co najmniej 600 specjalistów.**
- 2. Do końca 2021 r. zwiększenie liczby asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego (docelowo po dwóch asystentów w każdym centrum zdrowia psychicznego, a co najmniej jeden asystent w każdym centrum).**
- 3. Od 2022 r. możliwość wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia.**
- 4. Do końca 2025 r. zwiększenie łącznej liczby terapeutów środowiskowych (proponowane uruchomienie studiów licencjackich od 2022 r., z zachowaniem uprawnień przez osoby, które nabyły uprawnienia w oparciu o dotychczasowe rozwiązania), psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz pielęgniarek psychiatrycznych zatrudnionych w podmiotach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

Działania

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania dążące do wzrostu liczby specjalistów psychiatrii dorosłych m.in. poprzez wpisanie psychiatrii jako dziedziny priorytetowej (a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury). Ponadto Ministerstwo Zdrowia corocznie zwiększa limit liczby osób studiujących na kierunku lekarskim oraz wprowadza zmiany w systemie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Ważny jest również rozwój nowych zawodów/kwalifikacji uczestniczących w opiece psychiatrycznej takich jak. m.in.: asystenci zdrowienia. Dla tej grupy osób niezbędne będzie wspieranie przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia. Prowadzone są prace w zakresie włączenia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK) kwalifikacji rynkowej dotyczącej wspierania osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia, przez osoby z doświadczeniem psychozy. W chwili obecnej zatrudnianie asystentów zdrowienia wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego. Istotne jest również podjęcie działań umożliwiających uruchomienie studiów licencjackich kształcących terapeutów środowiskowych, którzy stanowią bardzo ważny element modelu środowiskowego.

Zgodnie z art. 70 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479), minister właściwy do spraw zdrowia w ramach posiadanych środków i ustalonej minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w priorytetowych dziedzinach, w tym m.in. szkolenia specjalizacyjne w

²⁶ https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/Depresja_rekomendacje_calosc.pdf

dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Corocznie Minister Zdrowia planuje na ten cel środki finansowe.

Finansowanie

Finansowanie kadr medycznych w ramach niniejszej strategii (rezultat 1, 2, 4) odbywa się przede wszystkim na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (Dz. U. z 2021 r. poz. 790,) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*, a także innych aktów prawnych z przedmiotowego zakresu. Istotnym aktem prawnym dotyczącym finansowania kształcenia kadr medycznych jest również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2019 r. *w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1201). Jednocześnie w ramach strategii deinstytucjonalizacji przewiduje się możliwość finansowego wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowia

Cel – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	3							
Indykatywne źródła finansowania	Finansowanie ze środków Europejskich							
Institucje koordynujące	Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej

Cel szczegółowy:

Rozwój oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne. Dążenie do zakończenia przyjęć na oddziały ogólnopsychiatryczne „ostroprijęciowe” niezlokalizowane przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Diagnoza:

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w formie stacjonarnej (całodobowej) udzielane są w oddziałach psychiatrycznych, oddziałach leczenia uzależnień oraz w izbach przyjęć osobom powyżej 18. r. ż. w zakresie diagnostyki oraz leczenia wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99). Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych ogólnych stanowiącą najważniejszą część bazy leczenia stacjonarnego. W chwili obecnej w Polsce funkcjonuje 46 szpitali psychiatrycznych oraz 109 placówek z oddziałami psychiatrycznymi przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych

funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. Udzielanie świadczeń w taki sposób nie tylko ogranicza stygmatyzację związaną z hospitalizacją psychiatryczną, ale także pozwala na pełniejszą diagnozę i terapię współwystępujących u pacjentów problemów zdrowotnych.

W przypadku niektórych zaburzeń i chorób psychicznych konieczne jest stworzenie możliwości skorzystania z pomocy wyspecjalizowanych ośrodków, dysponujących odpowiednio przygotowaną kadrą, warunkami lokalowymi oraz programem terapeutycznym. Takie oddziały, obok m. in. oddziałów psychiatrii sądowej, mogłyby być zlokalizowane w szpitalach psychiatrycznych (jednoprofilowych). Tę rolę powinny pełnić w przyszłości wybrane oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat**
- 2. Do końca 2027 r. zapewnienie 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (2,5 łóżka na 10000 dorosłych mieszkańców).**
- 3. Stworzenie pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego (pobyty krótkoterminowe) – do końca 2027 r.**

Działania

Przedstawione działania w zakresie zmiany organizacji udzielania psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych dotyczą przede wszystkim zmiany struktury udzielania świadczeń całodobowych poprzez reorganizację całodobowych placówek psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do zakończenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc ze specyficznymi uwarunkowaniami dotyczącymi dostępności do opieki, a także lokalnymi uwarunkowaniami związanymi m.in. z czasem dojazdu, które uzasadniają wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat.

Ograniczenie ostrych przyjęć w szpitalach psychiatrycznych, a także ograniczanie liczby łóżek w ww. podmiotach wiąże się ze zwiększeniem potencjału łóżkowego oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Zmiana struktury udzielania świadczeń przez monoprofilowe szpitale psychiatryczne ukierunkowana jest na realizowanie przez te podmioty programów dotyczących wyspecjalizowanych świadczeń psychiatrycznych. Takie ośrodki powinny dysponować odpowiednio przygotowaną kadrą lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów, jak również odpowiednimi warunkami i programami terapeutycznymi.

Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takim planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków

akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną.

Istotne jest, aby w procesie ograniczania „ostrych” przyjęć do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia łóżek ogólnopsychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych jednocześnie tworzyć pozaszpitalne miejsca pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego. Umożliwi to zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom podczas wdrażania założeń strategii.

Finansowanie

Realizacja zadań w ramach ww. celu ma przede wszystkim charakter zmiany organizacyjnej w sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej. Finansowanie działalności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wiąże się przede wszystkim z podpisaniem bądź rozwiązaniem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podmiotem odpowiedzialnym za zmianę organizacyjną danego pomiotu leczniczego jest organ tworzący. Realizacja ww. działań będzie opierała się na systematycznym wdrażaniu zmian przygotowywanych przez administrację rządową w oparciu o dokumenty strategiczne tj. m.in.: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego przy współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego oraz Narodowym Funduszem Zdrowia.

Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej

Cel szczegółowy:

Rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej dla dorosłych poprzez tworzenie centrów zdrowia psychicznego.

Diagnoza:

Model środowiskowy jest uznawany współcześnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprzyja on uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego, a także wpływa na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Opieka środowiskowa oznacza dostępność odpowiednich usług w pobliżu miejsca zamieszkania. Doświadczenia światowe i europejskie doświadczenie wskazują na potrzebę rozwiązań, w których opieka szpitalna ma charakter ograniczony, podczas gdy najważniejsza część pomocy jest oferowana na poziomie opieki środowiskowej.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2021 r. opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych w centrach zdrowia psychicznego.**
- 2. Do końca 2022 r. przygotowanie i zatwierdzenie docelowej mapy obszarów odpowiedzialności centrów zdrowia psychicznego.**
- 3. Przedłużenie czasu trwania programu pilotażowego do końca 2022 roku i objęcie nim 30% dorosłej populacji Polski.**
- 4. Do końca 2027 r. zwiększenie liczby centrów zdrowia psychicznego do 300 podmiotów – objęcie działaniem centrów zdrowia psychicznego całej dorosłej ludności Polski.**

Działania:

Realizacja przedmiotowego celu będzie następowała analogicznie do procesu wyłaniania realizatorów programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego tj. po przeprowadzeniu procesu kwalifikacji w oparciu o nadesłane zgłoszenia przez podmioty wyrażające chęć realizacji pilotażu. Niezbędne do rozpoczęcia realizacji świadczeń w ramach centrum zdrowia psychicznego jest podpisanie umowy z właściwym oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Centra zdrowia psychicznego powstają i są finansowane w oparciu o środki krajowe (na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia).

Opracowanie standardów organizacyjnych wydaje się kluczowe w kontekście ujednolicenia organizacji świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej w środowiskowym modelu ochrony zdrowia psychicznego.

Finansowanie

Poniższa tabela przedstawia w odniesieniu do rezultatu nr 1 szacowany koszt utworzenia 15 CZP rocznie do 2022 r. umożliwiających objęcie opieką 30% populacji oraz następnie 48 CZP rocznie, co umożliwi osiągnięcie założonego wskaźnika. Poniższe kwoty są oszacowane w oparciu o aktualną stawkę ryczałtu na populację określaną w rozporządzeniu pilotażowym w odniesieniu do populacji możliwej do objęcia opieką tj.: od 50 do 200 tys. mieszkańców danego obszaru oraz obecnie obowiązujące kontrakty NFZ na opiekę psychiatryczną. Finansowanie CZP wiąże się również z przesunięciem do programu pilotażowego środków z bieżących kontraktów podmiotów wchodzących do programu pilotażowego.

Cel - Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do opieki świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	4							
	1							
Indykatywne źródła finansowania	4. Narodowy Fundusz Zdrowia							
	1. Budżet Ministra Zdrowia							
Instytucje koordynujące	1. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia							

Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Cel szczegółowy:

Dostosowanie infrastruktury pomiotów leczniczych realizujących środowiskowy model opieki psychiatrycznej.

Diagnoza:

Wieloletnie niedofinansowanie opieki psychiatrycznej skutkuje niedostosowaniem zwłaszcza placówek stacjonarnych do wymagań współczesnej psychiatrii. W wielu przypadkach podmioty stacjonarne wymagają gruntownego infrastrukturalnego wsparcia w celu umożliwienia poprawnej realizacji świadczeń. W chwili obecnej funkcjonuje 46 szpitali psychiatrycznych oraz 109 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym).**
- 2. Do końca 2027 r. wsparcie infrastrukturalne 50 centrów zdrowia psychicznego oraz 250 podmiotów spełniających warunki utworzenia centrum zdrowia psychicznego.**

Działania:

W ramach realizacji celu przewiduje się wsparcie dla działających centrów zdrowia psychicznego oraz nowych podmiotów deklarujących chęć przystąpienia do programu. Wdrażanie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wymaga odpowiedniego dostosowania podmiotów tworzących centra do wymogów współczesnej psychiatrii. W ramach działania niezbędne będzie doposażenie zespołów wyjazdowych stanowiących istotny element modelu środowiskowego oraz wspieranie dostosowania podmiotów pod kątem wyposażenia w sprzęt do sprawowania kompleksowej opieki psychiatrycznej, jak również przeprowadzenie niezbędnych inwestycji infrastrukturalnych (remonty oraz budowa obiektów). Szczególnie poprawa infrastruktury wydaje się być kluczowa w nowopowstałych, w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych, których zadaniem jest m.in.: udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb czy w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej.

Kluczowe jest też wsparcie infrastrukturalne w procesie tworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych, które gwarantują objęcie kompleksową opieką somatyczną pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Ważne jest również dofinansowanie infrastrukturalne dużych szpitali psychiatrycznych poprzez dostosowanie części oddziałów do nowej oferty programów specjalistycznych w ramach zmiany organizacji udzielanych świadczeń oraz w sytuacji likwidacji łóżek ogólnopsychiatrycznych na rzecz ich rozwoju w szpitalach wielospecjalistycznych.

Finansowanie

Finansowanie przekształcania szpitali oraz reorganizacja podmiotów udzielających stacjonarnych świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych odbywać się będzie przy wsparciu środków europejskich. Przewiduje się, iż w ramach osiągnięcia oczekiwanych rezultatów wskazanych w pkt 1 możliwe będzie otrzymanie wsparcia finansowego ze środków europejskich.

Celem działania będzie umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych. Działanie powinno umożliwić zapewnienie odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej prowadzenie oddziałów (dostosowanie budynku, wyposażenie pomieszczeń, zakup sprzętu).

Wsparcie uzyskać będą mogły podmioty nierealizujące programu pilotażowego w ramach centrów zdrowia psychicznego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Finansowanie ze środków europejskich w przedmiotowych działaniach ma na celu przede wszystkim wsparcie infrastrukturalne podmiotów uczestniczących w reformie. Udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowanie całego systemu są oparte wyłącznie na środkach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu zawartego w zadaniu w pkt 2 będzie możliwe dzięki dofinansowaniu ze środków europejskich. Dedykowane jest następującym podmiotom:

1. centra zdrowia psychicznego;
2. podmioty spełniające kryteria włączenia do pilotażu – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Dzięki dofinansowaniu już istniejących CZP poprawione zostaną warunki udzielania świadczeń a nowo włączane podmioty będą miały możliwość dostosowania do aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń psychiatrycznych. Dzięki wsparciu nowe podmioty zostaną włączone do programu pilotażowego, w ramach którego udzielać będą świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia co zapewni trwałość działań.

Szacuje się, iż dofinansowanie w ramach oczekiwanych rezultatów zawartych w pkt 1 powinno wynieść około 795 mln zł na przestrzeni planowanych lat osiągnięcia rezultatów. Jednocześnie szacuje się, że dofinansowanie oczekiwanych rezultatów zawartych w pkt 2 powinno wynieść około 1,5 mld zł na przestrzeni planowanych lat osiągnięcia rezultatu.

Cel dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1							
	2							
Indykatoryn e źródła finansowani a	1 – Finansowanie ze środków Europejskich							
	2 - Finansowanie ze środków Europejskich							
Instytucje koordynując e	1– Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							
	2 - Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Psychiatria Dzieci i Młodzieży

Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w systemie ochrony zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

Poprawa sytuacji kadrowej w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Diagnoza:

Jedną z kluczowych barier w dostępie do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest niewystarczająca liczba specjalistów. Psychiatria dzieci i młodzieży jest wpisana na listę dziedzin priorytetowych, a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury. Niemniej jednak co roku znaczna część przewidzianych miejsc dla rezydentów nie zostaje obsadzona z powodu braku chętnych. Całość systemu ochrony zdrowia psychicznego opiera się na pomocy lekarzy psychiatrów, których jest w Polsce około 480, z tego jedynie część pracuje w publicznym systemie.

Niezbędnym elementem funkcjonowania nowego modelu jest rozwój kadr specjalistów - poza lekarzami psychiatrami – zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych. Dzięki upowszechnieniu oferty pomocy udzielanej przez tych specjalistów – psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych – możliwe będzie takie zorganizowanie opieki, aby do lekarzy psychiatrów kierowane były wyłącznie osoby potrzebujące diagnozy psychiatrycznej lub terapii farmakologicznej.

W związku z tym, zdecydowano się na wprowadzenie regulacji dotyczących nowych zawodów:

- specjalizacja psychoterapia dzieci i młodzieży została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2019, poz. 226). Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży został zatwierdzony we wrześniu 2019 r.;
- kwalifikacja rynkowa „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” została włączona do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. (M.P. 2018 poz. 1279);
- opracowany został nowy program specjalizacji z psychologii klinicznej (kwiecień 2018 r.).

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do 2027 wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.**

Działania:

W celu zwiększenia zainteresowania uzyskaniem kwalifikacji w ww. zawodach istotne jest upowszechnienie wyżej wymienionych kwalifikacji. Ważne jest dofinansowywanie kursów kształcących specjalistów, którzy mogą zostać zatrudnieni w publicznym systemie – nie tylko w systemie zdrowia, ale także edukacji czy pomocy społecznej. Istotne jest także podnoszenie kwalifikacji specjalistów już pracujących w systemie.

Obok prowadzonych kursów niezwykle istotne będzie upowszechnienie świadomości społecznej dotyczącej nowych zawodów oraz budowa zaufania do tych specjalistów. Jest to kluczowe dla odwrócenia obecnego modelu korzystania ze świadczeń, w którym często pierwszym specjalistą, do którego kierowane jest dziecko w przypadku zaburzeń psychicznych jest lekarz psychiatra dzieci i młodzieży. Działania, których celem jest usamodzielnienie pozostałych zawodów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych zostały już rozpoczęte: m.in. poprzez zniesienie obowiązku posiadania skierowania lekarskiego w celu skorzystania ze świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

Finansowanie

W ramach działań mających na celu zwiększenie liczby oraz podniesienie kompetencji specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży prowadzone będą szkolenia kadr publicznego systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej w celu uzyskania kwalifikacji oraz podniesienia kompetencji:

- a) w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży,
- b) w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży,
- c) w zakresie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży,
- d) w ramach innych kursów lub szkoleń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

Szacuje się, iż finansowanie ze środków europejskich w ramach zwiększania liczby oraz podniesienie kompetencji specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinno wynieść około 45 mln zł.

Cel – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1						-	-
Indykatywne źródła finansowania	1 – Finansowanie ze środków Europejskich							
Instytucje koordynujące	1- Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Inwestycje w system – zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz

Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Cel szczegółowy:

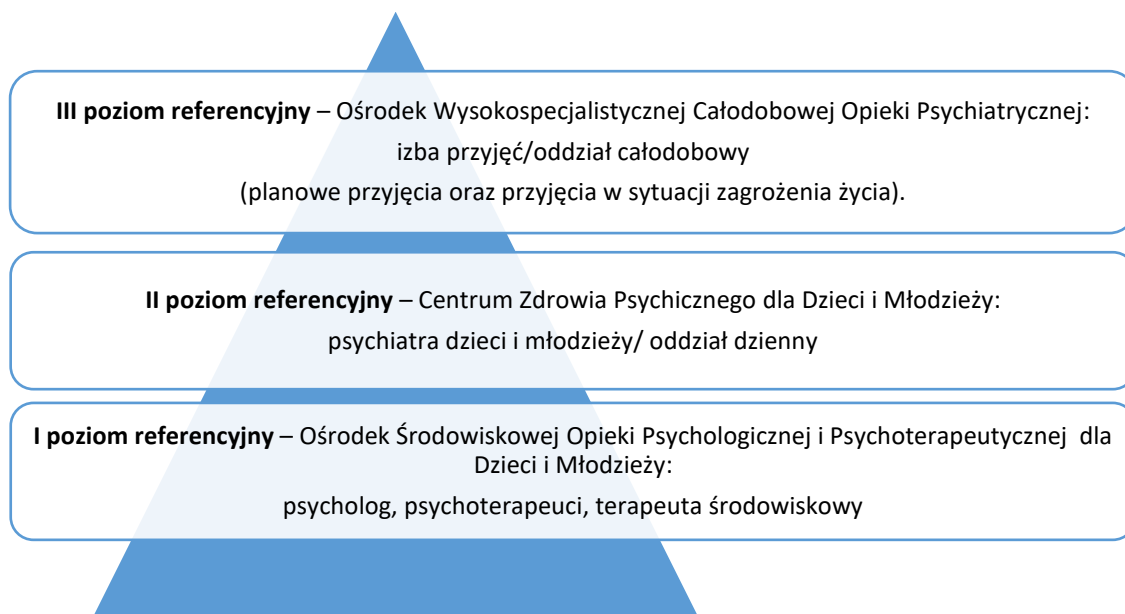
Wdrożenie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży opartego na trzech poziomach referencyjnych.

Diagnoza:

System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce nie zaspokaja obecnie potrzeb populacyjnych na opiekę tego rodzaju.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1640), które określa warunki szczegółowe, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych.

Poniżej prezentowana jest piramida obrazująca trzy poziomy referencyjne placówek systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych w nowym modelu ochrony zdrowia psychicznego:



Podstawą planowanego modelu mają być ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny), zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Specjaliści pracujący na tym poziomie będą udzielać pomocy dziecku oraz rodzinie, współpracować ze środowiskiem szkolnym, a w razie potrzeby kierować pacjentów do lekarzy psychiatrów. Rozwiązanie będzie stanowić przeciwieństwo obecnej sytuacji, w której często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki. Oczywiście osoby w stanach zaostrenia choroby, a szczególnie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia nadal będą mogły korzystać ze świadczeń na oddziałach całodobowych.

Poza ośrodkami I poziomu, działać będą także ośrodki II poziomu, gdzie pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywniejszej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.

Wreszcie na III, najwyższym poziomie referencyjności funkcjonować będą ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc znajdą

pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. Mamy nadzieję, iż z czasem liczba takich przypadków będzie coraz mniejsza, niemniej jednak ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek. W ośrodkach tych będą się także kształcili przyszli lekarze psychiatry i inni specjaliści systemu.

Zgodnie z założeniami reformy, dzięki zwiększeniu dostępności pomocy w opiece ambulatoryjnej i środowiskowej, osoby nie wymagające hospitalizacji będą mogły otrzymać pomoc w mniejszych placówkach (zmniejszając tym samym obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć). Ponadto dzięki stworzeniu sieci ośrodków udzielających pomocy osobom chorym psychicznie możliwe będzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu i zapobieganie rehospitalizacji.

Istotną zmianą jest możliwość skorzystania ze świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży bez skierowania lekarskiego.

Obecnie największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest wdrożenie i upowszechnienie modelu na terenie całego kraju.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do 2027 rozbudowa sieci ośrodków I stopnia referencyjnego – docelowo 300 podmiotów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.**
- 2. Do 2025 opracowanie i upowszechnienie standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla placówek działających w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.**

Działania:

Dzięki wprowadzonym zmianom legislacyjnym możliwe jest prowadzenie postępowań konkursowych przez oddziały wojewódzkie NFZ i zawieranie umów na udzielanie świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego rozpoczęły swoją działalność 1 kwietnia 2020 r. Według aktualnych danych świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w ponad 200 miejscach. Oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe. Na kolejnym etapie rozpoczęte zostanie zawieranie kontraktów na II i III poziom referencyjny. Należy zauważyć, iż tworzenie sieci ośrodków przebiegać będzie stopniowo (m.in. ze względu na czas potrzebny na wykształcenie odpowiedniej kadry).

Konieczne jest także prowadzenie działań, których celem będzie podnoszenie jakości udzielanych świadczeń (m.in. dzięki opracowaniu standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych) oraz wzmacnianie współpracy pomiędzy poziomami referencyjnymi i z innymi instytucjami oferującymi wsparcie dla dzieci, młodzieży oraz ich rodzin (działających w ramach systemu oświaty, pomocy społecznej i sprawiedliwości).

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu wskazanego w pkt 2 uwzględnia przede wszystkim opracowanie i publikację standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie postępowania z dziećmi i młodzieżą doświadczającymi zaburzeń psychicznych w ramach trzech poziomów referencyjnych. Po opracowaniu Standardy zostaną przekazane podmiotom leczniczym z zaleceniem do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców w systemie publicznym co najmniej w drodze dokumentu podpisanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży (jeśli zostanie powołany).

Finansowanie

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu wskazanego w pkt 1 dotyczącego rozbudowy sieci ośrodków I stopnia referencyjnego tj.: podmiotów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży wiąże się przede wszystkim z podpisaniem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Cel zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	2							
Indykatywne źródła finansowania	2 – Finansowanie ze środków Europejskich							
Instytucje koordynujące	2 – Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży

Cel szczegółowy:

Zapewnienie odpowiedniej infrastruktury do udzielania świadczeń psychiatrycznych dzieciom i młodzieży w ramach nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Diagnoza

Obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży charakteryzuje duże regionalne zróżnicowanie: w niektórych regionach brakuje świadczeniodawców udzielających określonych typów świadczeń (np. w trybie całodobowym lub dziennym). Szczególnie ważne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego (tj. ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej).

Zmiana sposobu udzielania świadczeń pociąga za sobą konieczność inwestycji infrastrukturalnych (np. przystosowania placówek do udzielania świadczeń w warunkach poradni lub oddziału dziennego, organizacja hostelu, doposażenie w niezbędny sprzęt).

Oczekiwany rezultat

- 1. Do 2027 wsparcie infrastrukturalne co najmniej 120 podmiotów leczniczych uczestniczących w realizacji nowego modelu ochrony zdrowia dla dzieci i młodzieży oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży**

Działania

W ramach prowadzonych działań konieczne jest wsparcie infrastrukturalne podmiotów w zakresie poziomów referencyjnych (zwłaszcza I i II). Niezbędne jest dostosowanie infrastruktury placówek do wymogów aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

W ramach rozwoju sieci placówek całodobowych konieczna jest współpraca ze świadczeniodawcami oraz samorządem województwa podlaskiego (gdzie obecnie nie ma możliwości skorzystania ze świadczeń całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży). Obecnie dzięki wsparciu finansowym Ministerstwa Zdrowia oraz Unii Europejskiej w województwie podlaskim realizowany jest projekt budowy Centrum Psychiatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku. Oddział całodobowy dla dzieci i młodzieży, który będzie działał w Centrum ma docelowo liczyć 36 łóżek.

Finansowanie

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu opierać się będzie na wsparciu infrastrukturalnym ośrodków I, II i III poziomu referencyjnego oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. W ramach wsparcia dla placówek udzielających świadczeń możliwe będzie dofinansowanie dostosowania infrastruktury do wymogów aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. W ramach działania wsparcie będzie możliwe również dla ośrodków funkcjonujących na III poziomie referencyjnym. Dzięki dofinansowaniu poprawione zostaną warunki udzielania świadczeń dla dzieci, młodzieży i ich rodzin w ramach poziomów referencyjnych w placówkach, które udzielać świadczeń będą także po zakończeniu okresu dofinansowania.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szacuje się, iż w realizację oczekiwanego rezultatu opisanego w pkt 1 zaangażowana powinna zostać kwota 300 mln zł.

Cel - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1							
Indykatywne źródła finansowania	1 - Finansowanie ze środków Europejskich							

Instytucje koordynujące	1 - Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej
-------------------------	--

Psychiatria Dorosłych i Psychiatria Dzieci i Młodzieży

Inwestycje w zdrowie populacji - promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autodestrukcyjnych

Cel szczegółowy:

Utworzenie Zespołu koordynującego i analitycznego w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Diagnoza:

Na podstawie danych statystycznych gromadzonych przez Policję wynika, że w 2018 r. podejmowanych było 11167 zamachów samobójczych z czego 5182 zakończyło się zgonem, w tym: 4471 mężczyzn i 711 kobiet.

Liczba samobójstw była najniższa w 2008 r. i wynosiła 3 964 osoby, natomiast od 2013 r. liczba samobójstw zakończonych zgonem sukcesywnie maleje.

Najczęstszym powodem podjęcia próby samobójczej było zaburzenie psychiczne (2 434), drugim w kolejności były nieporozumienia/przemoc w rodzinie (1 191). W 2018 r. mężczyźni umierali przez samobójstwo częściej niż kobiety (4 477 - mężczyźni i 711 - kobiety). Najwyższy wskaźnik samobójstw w liczbie 565 odnotowano wśród osób dorosłych w wieku od 60 do 64 lat. Drugi co do wielkości wskaźnik (551) wystąpił u osób w wieku 55-59 lat lub młodszych w wieku 40-44 lat (472). W grupach młodszych odsetek samobójstw był stale niższy niż u osób w średnim i starszym wieku.

Należy zauważyć, iż w raporcie NIZP-PZH pt. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania (rok wydania - 2018) wskazano, że „wśród zewnętrznych przyczyn zgonów najczęstszą przyczyną utraty życia są samobójstwa, w wyniku których w 2016 r. straciło życie 4671 osób (aż 4075 mężczyzn i 596 kobiet). Są one znacznie większym (o 63%) zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach, natomiast taka różnica nie występuje wśród kobiet. We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi był znacznie wyższy niż mieszkańców miast. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach odnotowano w woj. lubelskim, a następnie mazowieckim, warmińsko-mazurskim i łódzkim. Zdecydowanie najniższe zagrożenie życia z powodu samobójstw było w woj. śląskim, które jest jedynym województwem, gdzie współczynnik zgonów mieszkańców wsi jest niższy od przeciętnego dla całego kraju. Tak duże różnice wskaźników między mieszkańcami miast i wsi mogą wskazywać na duże braki w zaspokojeniu potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym”.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że szeroko zakrojone działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym były realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Działania te będą kontynuowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

Oczekiwany rezultat:

1. Do 2021 r. utworzenie Zespołu koordynującego i analitycznego w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Działania

Mając na uwadze podejmowane działania w kraju na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym wydaje się zasadne utworzenie Zespołu, który będzie podejmował zadania z obszaru analiz zachowań samobójczych w różnych populacjach, będzie prowadził konsultacje eksperckie i wspierał merytorycznie działania regionalne i lokalne. Zespół będzie również oferował wsparcie organizacjom w zakresie właściwego kierunku i adaptacji właściwych działań na rzecz zapobiegania samobójstwom opartych na dowodach naukowych. Niezbędna jest także koordynacja Zespołu w zakresie działań po zakończeniu interwencji (samobójczej). Zapewnienie wsparcia od momentu wystąpienia kryzysu do momentu jego rozwiązania.

Priorytetowe działania Zespołu powinny obejmować niniejszy obszar:

1. Zapewnienie szybkiego dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym.

Konieczne jest zorganizowanie szybkiego dostępu do pomocy osobom w kryzysie psychicznym, zagrożeniu życia oraz osobom z grup ryzyka, w tym szczególnie osobom po próbach samobójczych. Niezwykle ważne jest również zapewnienie wsparcia i pomocy rodzinie i bliskim, co stanowi kluczowy mechanizm chroniący w zapobieganiu samobójstwom (postwencja). Rozwój centrów zdrowia psychicznego oraz punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych.

2. Poprawę dostępu do leczenia osób z problemami psychicznymi.

Podjęcie działań zwiększających szybki dostęp do kompleksowej pomocy leczniczej dla osób cierpiących na depresję, uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne. Jest to szczególnie pilne zadanie w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Rozwój centrów zdrowia psychicznego oraz punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych.

3. Monitoring i badania.

Podstawą profilaktyki jest aktualna diagnoza w zakresie samobójstw, prób samobójczych i innych zachowań autodestrukcyjnych. Niezbędne jest rozwijanie badań naukowych z zakresu suicydologii i programów profilaktycznych opartych na dowodach.

4. Edukację grup zawodowych, które stanowią pierwszą linię pomocy w sytuacjach kryzysu psychicznego.

Podnoszenie umiejętności pracowników opieki zdrowotnej, numeru alarmowego 112 i telefonów zaufania, nauczycieli i pedagogów, policjantów, strażaków, pracowników socjalnych, osób duchownych jest bardzo ważnym czynnikiem chroniącym w profilaktyce samobójstw.

5. Współpracę z mediami.

Istotną rolę w zapobieganiu samobójstwom odgrywają media. Ważne jest monitorowanie czy społeczeństwo informowane jest o zachowaniach samobójczych w sposób rzetelny i odpowiedzialny oraz czy przestrzegane są zalecenia polskich ekspertów jak również Światowej Organizacji Zdrowia. W publikacjach prasowych, internetowych, audycjach

telewizyjnych i radiowych poświęconych problematyce samobójstw powinna zawsze znaleźć się informacja o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc.

6. **Ograniczanie dostępności do metod samobójstw.**

Ograniczenie dostępu do środków toksycznych, broni a także budowanie odpowiednich fizycznych zabezpieczeń. Konieczne jest monitorowanie i usuwanie zagrożeń, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, związanych ze szkodliwymi treściami w Internecie i cyberprzemocą.

Bardzo istotne jest również prowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego mających na celu podniesienie świadomości obywateli na temat znaczenia zdrowia psychicznego.

Należy zauważyć, iż po wprowadzeniu ogólnokrajowych programów zapobiegania samobójstwom odnotowywany jest spadek ogólnego wskaźnika liczby samobójstw.

Jak podają dostępne źródła na podstawie danych lat 1980-2004 z 21 krajów OECD, badano, czy istnieje statystycznie istotna różnica we wskaźnikach samobójstw przed i po wdrożeniu krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Wówczas dowiedziono, że prowadzone przez rząd programy zapobiegania samobójstwom są najbardziej skuteczne w zapobieganiu samobójstwom wśród populacji osób starszych. Liczba samobójstw na 100 000 seniorów zmniejszyła się o około 3,5 po ich uruchomieniu. Choć ich skala jest nieco mniejsza, programy te miały również wpływ na liczbę samobójstw wśród populacji osób poniżej 25 r. ż. Natomiast liczba samobójstw w grupach w wieku produkcyjnym, bez względu na płeć, nie zmieniła się pod wpływem wprowadzenia krajowych programów prewencyjnych²⁷. Od czasu rozpoczęcia ogólnokrajowych programów zapobiegania samobójstwom w krajach o liczbie 10 mln osób (np. w Szwecji) liczba zgonów w wyniku samobójstw zmniejszyła się średnio o 140 rocznie. W krajach, w których żyje 50 mln osób (np. w Wielkiej Brytanii), liczba zgonów samobójczych zmniejszyła się o 650, a w krajach, w których żyje ponad 100 mln osób (np. w Niemczech), szacuje się, że dzięki kompleksowym krajowym programom zapobiegania samobójstwom udało się zapobiec 1350 zachowaniom samobójczym²⁸.

Finansowanie

Finansowanie ze środków publicznych w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Przy perspektywie redukcji o 1% wskaźnika zachowań samobójczych możliwe byłoby zapobiegnięcie około 50 zgonów z powodu zachowań samobójczych.

Przy założeniu szacunku kosztów samobójstw w Polsce, szacuje się, że w przypadku osiągnięcia ww. wskaźnika możliwe byłoby uniknięcie utraty wartości straconych lat życia w wysokości ok. 2 mln zł rocznie.²⁹

²⁷ Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73, 1395–1400.

²⁸ Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73, 1395–1400.

https://www.researchgate.net/publication/51663589_The_effect_of_national_suicide_prevention_programs_on_suicide_rates_in_21_OECD_nations

²⁹ Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów. Baran A., Gmitrowicz A., Koszewska I. i wsp. Grupa ds. mediów przy Zespole roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2018.

Ewaluacja i monitoring osiągnięcia oczekiwanych rezultatów

Realizacja Strategii wymaga działań w wymiarze prawnym, organizacyjnym, finansowym i edukacyjnym, koordynowanych przede wszystkim przez instytucje w ramach administracji publicznej. Istotnym elementem będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w regionach.

Strategia jest dokumentem zawierającym działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich jest uregulowany odrębnymi przepisami, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć ze środków budżetowych i unijnych. Realizacja Strategii nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

Strategia stanowi ramy dla procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych – wskazuje działania do realizacji oraz środki, które można wykorzystać na ten cel. Kontrolę w zakresie prawidłowego wykorzystania środków regulują odpowiednie przepisy prawne, zarówno w zakresie środków krajowych, jak i unijnych. Nie planuje się powołania dodatkowych instytucji do kontroli realizacji działań określonych w Strategii.

Na wstępie należy podkreślić, iż podmiotami monitorującymi osiągnięcie oczekiwanych rezultatów w określonych niniejszym dokumencie obszarach dotyczących zdrowia psychicznego jest przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia jako podmiot odpowiedzialny za wprowadzanie zmian systemowych z zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik systemu.

Niewątpliwie kluczowe w monitorowaniu oczekiwanych rezultatów jest współpraca ww. podmiotów z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, które jest odpowiedzialne za monitorowanie przeznaczenia funduszy unijnych na lata 2021-2027 oraz przygotowywanie krajowych dokumentów niezbędnych do uruchamiania tych środków oraz z Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi i Instytucjami Pośredniczącymi.

Wdrażanie wskazanych w niniejszym dokumencie działań będzie wiązało się z okresowym monitorowaniem wskaźników zawartych w oczekiwanych rezultatach (m.in.: liczba przeszkolonego, wykształconego personelu, liczba utworzonych centrów zdrowia psychicznego, liczba zlikwidowanych łóżek psychiatrycznych w szpitalach monospecjalistycznych, liczba podmiotów objętych wsparciem z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży). Źródłem danych dla wybranych do monitorowania celów jest m.in.: statystyka publiczna, dane Narodowego Funduszu Zdrowia, mapy potrzeb zdrowotnych.

Tabela 14. Liczba zadań wraz ze wskazaniem źródeł ich finansowania.

Źródła finansowania poszczególnych oczekiwanych rezultatów	
Od 2022 r. możliwość wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do końca 2021 r. opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych w centrach zdrowia psychicznego	Budżet Ministra Zdrowia
Do końca 2027 r. zwiększenie liczby centrów zdrowia psychicznego do 300 podmiotów – objęcie działaniem centrów zdrowia psychicznego całej dorosłej ludności Polski.	Narodowy Fundusz Zdrowia
Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w	

szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym).	Finansowanie ze środków Europejskich
Do końca 2027 r. wsparcie infrastrukturalne 50 centrów zdrowia psychicznego oraz 250 podmiotów spełniających warunki utworzenia centrum zdrowia psychicznego.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do 2027 wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do 2025 opracowanie i upowszechnienie standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla placówek działających w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do 2027 wsparcie infrastrukturalne co najmniej 120 podmiotów leczniczych uczestniczących w realizacji nowego modelu ochrony zdrowia dla dzieci i młodzieży oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Finansowanie ze środków Europejskich

Przedmiotowa tabela nie zawiera wszystkich zadań wskazanych w oczekiwanych rezultatach a jedynie te, które wymagają oddzielnego finansowania.