

Sprawozdanie

zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia

do opracowania projektu

Narodowego Programu

Ochrony Zdrowia Psychicznego

POSTULOWANE, NIEZBĘDNE DLA PROPONOWANYCH ZMIAN ZAPISY do nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r.

(w zasadzie decydujące o powodzeniu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego)

1. NPOZP **realizuje** minister właściwy do spraw zdrowia
2. Rada Ministrów określa (w drodze rozporządzenia) mapę potrzeb oraz docelową gęstość terytorialną i odpowiedzialność **krajowej sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego (dla dorosłych oraz dla dzieci młodzieży)** udostępniających podstawową opiekę psychiatryczną.
3. Rada Ministrów określa (w drodze rozporządzenia) mapę potrzeb i docelową gęstość sieci **ponadlokalnych/regionalnych wyspecjalizowanych ośrodków psychiatrycznych oraz oddziałów szpitalnych dla dzieci i młodzieży.**
4. Rada Ministrów określa **instytucjonalne zasady współdziałania** w ramach lokalnych centrów zdrowia psychicznego **podmiotów świadczące opiekę zdrowotną z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne i aktywizację społeczno-zawodową**
5. Ustawowe **zobowiązanie lokalnych JST** (samorządów powiatowych [grup powiatów] lub dużych gmin i dzielnic wielkomiejskich liczących >50. tys. mieszkańców) **do tworzenie CZP** (zadanie zlecone).
6. **MZ wspiera udział własny JST w zapewnieniu infrastruktury CZP** dysponując na ten cel z budżetu państwa kwotą w wysokości **nie mniejszej niż 100 mln zł rocznie.**

Projekt z dnia 15.12.2015 r.

**Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia ... grudnia 2015 r. w sprawie Narodowego programu
Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020**

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

§ 1. 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, zwany dalej "Programem", określający strategię działań mających na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej pomocy dostosowanej do ich potrzeb zdrowotnych umiejscowionych możliwie blisko ich miejsca zamieszkania.

2. Program jest realizowany w latach 2016-2020.

§ 2. Celami głównymi Programu są:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 2) rozwój badań naukowych i systemów informacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego.

§ 3. 1. Do celów szczegółowych Programu należą:

- 1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:
 - a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - d) skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;
- 2) w zakresie rozwoju badań naukowych i systemów informatycznych z zakresu zdrowia psychicznego:
 - a) przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych,
 - b) promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego,
 - c) unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej,
 - d) ocena skuteczności realizacji Programu.

2. Szczegółowy wykaz zadań i ich podział pomiędzy podmioty realizujące określa harmonogram stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Podmiotami biorącymi udział w realizacji Programu są:

- 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej;
- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) samorządy województw, powiatów i gmin.

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

obejmują cele i zadania Programu.

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

§ 5. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia kieruje realizacją Programu i koordynuje wykonanie zadań, o których mowa w § 3 ust. 2.

2. Podmioty realizujące Program przesyłają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub wskazanemu przez niego podmiotowi, w terminie do dnia 15 maja, roczne sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim. Sprawozdania powinny zawierać odniesienie do stanu wyjściowego, o którym mowa w załączniku nr XXX do rozporządzenia, oraz wskaźników przedstawionych w załączniku nr XXX do rozporządzenia.

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

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

ZAŁĄCZNIK do rozporządzenia

SPIS TREŚCI

Rozdział 1. Diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego w ujęciu regionalnym (przygotowane przez DZP – w załączeniu)

Rozdział 2. Respektowanie praw, godności i potrzeb zdrowotnych osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce

Rozdział 3. Charakterystyka aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce na tle nowoczesnych rozwiązań modelowych

Rozdział 4. Niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce

Rozdział 5. Cele i zadania Programu oraz harmonogram ich realizacji

Rozdział 6. Nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Rozdział 7. Zalecane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej oraz struktura i zasady funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego

Rozdział 8. Zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej

DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W UJĘCIU REGIONALNYM**1. Rozpowszechnienie chorób i zaburzeń psychicznych**

Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. O wiele więcej ma jednak problemy psychiczne. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku. Podobnie sytuacja wygląda w Polsce gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Należy zaznaczyć, iż tendencja ta będzie jeszcze wyraźniej kształtować się w przyszłości ze względu na zwiększenie poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego takich jak bezrobocie, ubóstwo, przemoc czy rozluźnienie więzi społecznych, dlatego też niezbędnym jest kontynuowanie i podejmowanie nowych efektywnych rozwiązań zmierzających do poprawy obecnego systemu ochrony zdrowia psychicznego w ramach wielopłaszczyznowego podejścia do problemu.

Epidemiologia chorób i 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 badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Raport ten umożliwił zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku od 18 do 64 lat.

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej, należy zauważyć, iż na podstawie wyników badania EZOP - Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej, iż w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18-64 r. ż.), u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznyc 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 poprzez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym. **Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznawano u 3,5% respondentów (tabela nr 1).**

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata.

Grupa zaburzeń	Szczegółowe rozpoznanie	Odsetki (CI95%)	Oszacowania w tys.	Dolna granica w tys.	Górna granica w tys.
Zaburzenia Nerwicowe	Agorafobia	0,6 (0,5-0,7)	153,9	122,8	185,0
	Uogólnione zaburzenia lękowe	1,1 (1,0-1,3)	289,9	244,8	335,0
	Napady Paniki	0,4 (0,3-0,5)	100,8	76,5	125,1
	Fobie społeczne	1,8 (1,5-2,0)	455,7	395,2	516,2
	Fobie specyficzne	4,3 (3,9-4,6)	1103,5	1010,4	1196,6
	PTSD	1,1 (0,8-1,5)	291,7	203,4	380,0
	Neurastenia	1,0 (0,8-1,2)	252,6	199,5	305,7
	Ogółem zaburzenia nerwicowe	9,6 (8,9-10,3)	2470,3	2298,6	2641,9
Zaburzenia nastroju (afek-	Depresja	3,0 (2,7-3,3)	766,2	692,8	839,7
	Dystymia	0,6 (0,5-0,8)	160,4	127,9	193,0

tywne)	Mania	0,4 (0,3-0,5)	101,1	76,8	125,3
	Ogółem zaburzenia nastroju	3,5 (3,2-3,8)	904,3	825,1	983,4
Zaburzenia impulsywne	Zaburzenia opozycyjno buntownicze	0,2 (0,1-0,4)	61,0	24,8	97,2
	ADHD	0,0 (0,0-0,1)	11,2	4,5	17,8
	Zaburzenia zachowania	2,4 (2,0-2,8)	612,8	512,4	713,3
	Zaburzenia eksplozywne	0,8 (0,7-1,0)	204,7	165,0	244,4
	Ogółem zaburzenia impulsywne	3,5 (3,1-4,0)	906,9	789,0	1024,8
Zaburzenia związane z używaniem substancji	Nadużywanie alkoholu, w tym:	11,9 (10,9-12,9)	3065,4	2814,9	3315,8
	uzależnienie od alkoholu	2,4 (2,0-2,9)	616,1	495,6	736,6
	Nadużywanie narkotyków, w tym:	1,4 (1,2-1,8)	371,7	292,5	450,9
	uzależnienie od narkotyków	0,3 (0,2-0,4)	69,6	37,5	102,1
	Ogółem Zaburzenia związane z używaniem substancji	12,8 (11,8-13,8)	3297,1	3040,6	3553,5
		23,4 (22,2-24,7)	6053,5	5751,9	6355,1
Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie w tym:					
dwa zaburzenia i więcej		5,7 (5,2-6,3)	1475,5	1343,2	1607,7
trzy zaburzenia i więcej		0,9 (0,8-1,1)	242,8	201,6	283,9

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

Tabela 2. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu – Polska wg województw.

Województwo	Odsetki (CI95%)	Oszacowania w tys.	Dolna granica w tys.	Górna granica w tys.
Łódzkie	29,3 (24,8-34,2)	511,1	430,6	591,6
Świętokrzyskie	27,8 (22,6-33,6)	217,4	185,9	248,9
Lubuskie	27,8 (21,0-35,8)	183,1	145,7	220,4
Dolnośląskie	25,8 (21,0-30,8)	522,3	425,7	619,0
Lubelskie	25,6 (21,2-30,5)	373,3	316,x	435,0
Pomorskie	24,8 (19,2-31,4)	374,0	283,0	464,9
Małopolskie	24,1 (20,7-27,8)	526,1	452,6	599,6
Warmińsko-mazurskie	24,0 (18,2-31,1)	235,1	169,9	300,2
Śląskie	23,3 (19,4-27,7)	758,1	630,2	886,0
Podlaskie	23,2 (18,5-28,7)	179,7	137,9	221,6
Opolskie	22,9 (15,8-32,0)	144,6	95,5	193,6
Kujawsko-pomorskie	22,7 (16,9-29,6)	301,5	235,2	367,8
Mazowieckie	21,4 (18,5-24,6)	763,2	648,8	877,7
Wielkopolskie	20,9 (17,4-24,9)	494,6	410,4	578,7
Zachodniopomorskie	18,9 (15,1-23,4)	219,6	172,7	266,5
Podkarpackie	17,8 (13,6-23,0)	250,0	188,9	311,0
Polska ogółem	23,4 (22,2-24,7)	6 053,7	4 645	7 183

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

Powyzsza tabela prezentuje rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w podziale na województwa. Do województw, które charakteryzują się najwyższym rozpowszechnieniem zaliczamy województwa łódzkie 29,3%, co po oszacowaniu daje liczbę ponad pół miliona mieszkańców, świętokrzyskie 27,8%, czyli około 217 tys. osób oraz województwo lubuskie również 27,8%, co w tym przypadku daje liczbę 183 tys. osób. Najniższe rozpowszechnienie zanotowano w województwie zachodniopomorskim -

18,9% oraz podkarpackim - 17,8%, co daje łączną liczbę 469 600 osób.

Zaburzenia depresyjne

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

Tabela 3. Osoby, u których kiedykolwiek w życiu wystąpiła depresja (ekstrapolacja wyników badania kwestionariuszem CIDI na populację Polski)

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

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

Tabela 4. Osoby, u których kiedykolwiek w życiu wystąpiła depresja - grupy wiekowe, odsetki.

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

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

Powyższe tabele zawierają dane odnoszące się do osób, u których kiedykolwiek w życiu wystąpił epizod depresyjny lub przewlekły rodzaj depresji. Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że przynajmniej jeden epizod depresyjny wystąpił u 3% mieszkańców Polski w badanym przedziale wiekowym od 18 do 64 roku życia, po oszacowaniu oznacza to liczbę 766 200 osób. Dystymię (tj. przewlekłe obniżenie nastroju) stwierdzono u 0,6%, czyli 92 200 osób. Należy zaznaczyć, iż rozpowszechnienie epizodu depresyjnego jest zawsze wyższe u kobiet niż u mężczyzn niezależnie od grupy wiekowej. Ponadto, trzeba podkreślić, że wskaźnik rozpowszechnienia depresji u kobiet wzrasta wraz z wiekiem, natomiast u mężczyzn utrzymuje się na bardzo zbliżonym poziomie.

Samobójstwa

Dane na temat liczby samobójstw gromadzone są przez Komendę Główną Policji. Jak wynika z dostępnych statystyk łączna liczba zamachów samobójczych wyniosła w 2014 r. 10 207, w tym samobójstw dokonanych – 6 165, Zamachy samobójcze zakończyły się zgonem wśród 5 237 mężczyzn oraz 928 kobiet. Najczęstszym sposobem dokonania zamachu samobójczego było powieszenie się, rzucenie się z wysokości oraz inne samookaleczenia, zaś najrzadziej dokonywano zamachu poprzez

zażycie trucizny. Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych to nieporozumienia rodzinne, choroba psychiczna oraz przewlekła choroba, natomiast najrzadszą przyczyną zamachu samobójczego była niepożądana ciąża. Najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 20-24 lat – 1015 oraz wśród osób w wieku 30-34 lat – 1005.¹

Badanie EZOP - Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej potwierdziło istnienie problemu samobójstw w Polsce jako istotnego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Dane uzyskane w badaniu są znacznie bardziej niepokojące niż statystyki Policji. Badanie wykazało, że 0,7% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na populację Polski pozwala szacować liczbę osób mających za sobą próbę samobójczą na 189 tysięcy.

Tabela 5. Osoby próbujące popełnić samobójstwo (kiedykolwiek w życiu) wg płci i grup wieku

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

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

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

Największe rozpowszechnienie prób samobójczych stwierdzono wśród mężczyzn o najniższym poziomie wykształcenia (1,7%). Wśród kobiet nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w tym zakresie. Odsetek kobiet po próbach samobójczych wahał się w różnych kategoriach wykształcenia od 0,5 – 0,7%. Najwyższy odsetek osób po próbach samobójczych odnotowano wśród rozwiedzionych (1,9%) i pozostających w stałym związku nieformalnym (1,5%), a więc 3-4 razy więcej w porównaniu z osobami w związkach małżeńskich, gdzie odsetek osób potwierdzających próby wynosi 0,5%. Mężczyźni rozwiedzeni lub pozostający w związkach nieformalnych podejmują dwa razy więcej prób samobójczych niż ich partnerki. Różnice te nie są jednak istotne statystycznie.

Najwyższy odsetek osób po próbach samobójczych jest wśród rencistów (2,0%) oraz bezrobotnych (1,5%). Odsetek prób samobójczych u bezrobotnych jest 2,5 razy wyższy, niż u osób pracujących. Mieszkańcy dużych miast podejmują próby samobójcze niemal dwukrotnie częściej niż ludzie żyjący w mniejszych ośrodkach miejskich i na wsiach (1,1% wobec 0,6 – 0,7%). Na różnicę tę składają się przede wszystkim próby samobójcze kobiet – mieszkanek wielkich miast (2%). Miejsce zamieszkania nie różnicuje jednak odsetka prób samobójczych wśród mężczyzn.

Zachowania samobójcze, zarówno na świecie jak i w Polsce, są uznane za jeden z ważnych problemów społecznych i zdrowotnych. Działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz inne resorty mają na celu zwiększanie wiedzy na temat głównych czynników ryzyka, jak również pogłębianie świadomości społecznej na temat wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania samobójstwom.

2. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych na podstawie danych statystyki publicznej w latach 2011-2014

¹ Dane Komendy Głównej Policji – stan na dzień 5.05.2015

<http://statystyka.policja.pl/st/wybranestatystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>

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

Tabela 1. Dorośli z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) leczeni w psychiatrycznej opiece szpitalnej i pozaszpitalnej w latach 2011-2014

Formy opieki	Miara	Rok				Odsetek 2014/2011
		2011	2012	2013	2014	
Opieka ambulatoryjna	ogółem	1 073 172	1 199 880	1 261 556	1 223 427	114,0%
	schizofrenia	142 017	149 191	148 906	142 443	100,3%
	schizofrenia/ogółem	13,2%	12,4%	11,8%	11,6%	
Opieka środowiskowa	ogółem	9594	22587	37783	29778	310,4%
	schizofrenia	3686	5543	7404	6432	174,5%
	schizofrenia/ogółem	38,4%	24,5%	19,6%	21,6%	
Oddziały dzienne	ogółem	14 708	15 906	14 733	15 982	108,7%
	schizofrenia	3558	3558	3416	3403	95,6%
	schizofrenia/ogółem	24,2%	22,4%	23,2%	21,3%	
Oddziały całodobowe	ogółem	102 532	102 704	101 608	103 325	100,8%
	schizofrenia	30 877	31 050	30 966	30 767	99,6%
	schizofrenia/ogółem	30,1%	30,2%	30,5%	29,8%	
Oddziały opiekuńcze	ogółem	6015	5956	6145	5606	93,2%
	schizofrenia	2733	2695	2738	2502	91,5%
	schizofrenia/ogółem	45,4%	45,2%	44,6%	44,6%	

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

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

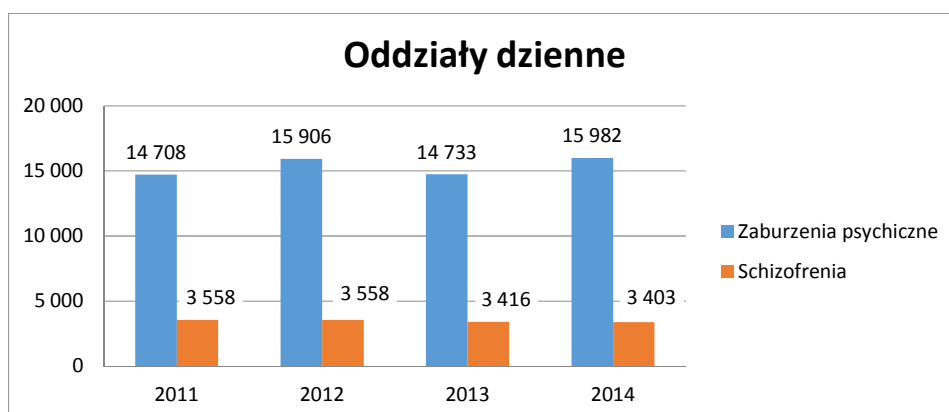
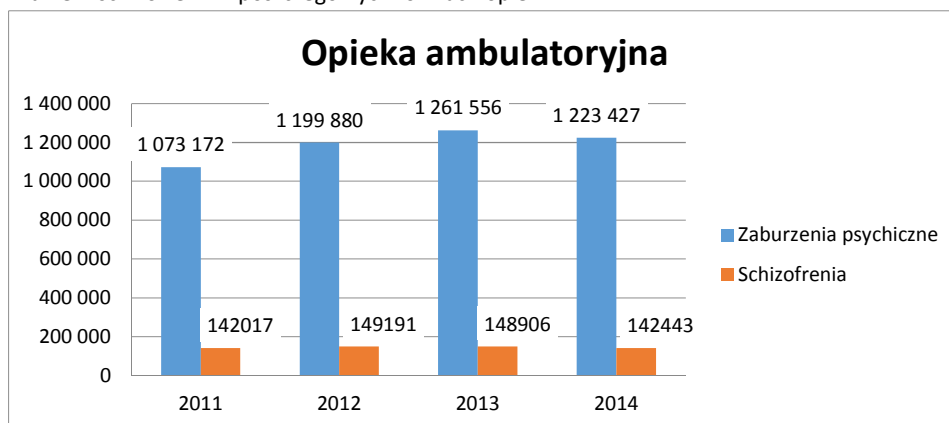
Największy wzrost odnotowano w opiece środowiskowej (zespoły leczenia środowiskowego), w której ogólna liczba leczonych potroiła się (z 9,6 tys. do 29,8 tys.), a leczonych z rozpoznaniem schizofrenii wzrosła o 75%, co oznacza większą dynamikę wzrostu leczonych z innymi niż schizofrenia rozpoznaniem (zwłaszcza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

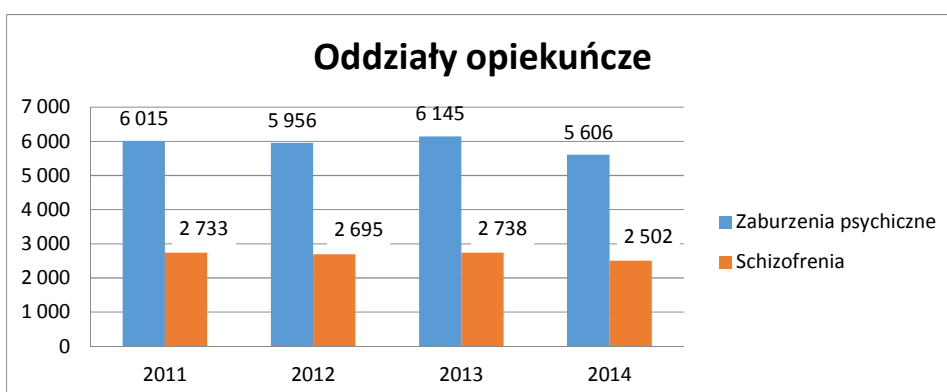
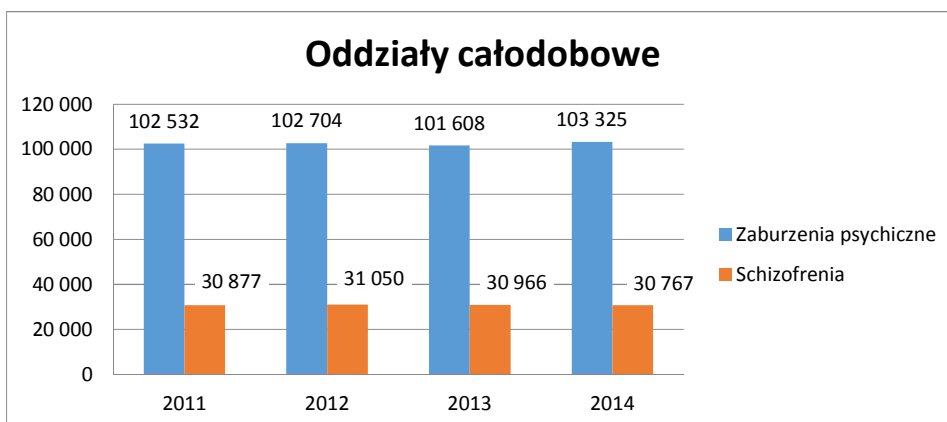
W psychiatrycznej opiece dziennej w 2014 r. leczyło się prawie 14 tys. osób, tzn. o 9% więcej niż w roku 2011, przy jednoczesnym niewielkim spadku leczonych z powodu schizofrenii. W roku 2011 prawie co czwarty leczony w oddziałach dziennych miał rozpoznanie schizofrenii, podczas gdy w 2014 – już tylko co piąty.

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

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

Poniżej graficzna prezentacja danych z tabeli 1. – dorośli z zaburzeniami psychicznymi, w tym z rozpoznaniem schizofrenii w poszczególnych formach opieki





Dynamikę zmian w odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, zarejestrowanej w różnych formach opieki psychiatrycznej przedstawiają dane w tabl. 2 oraz przedstawione pod nimi ilustracje graficzne.

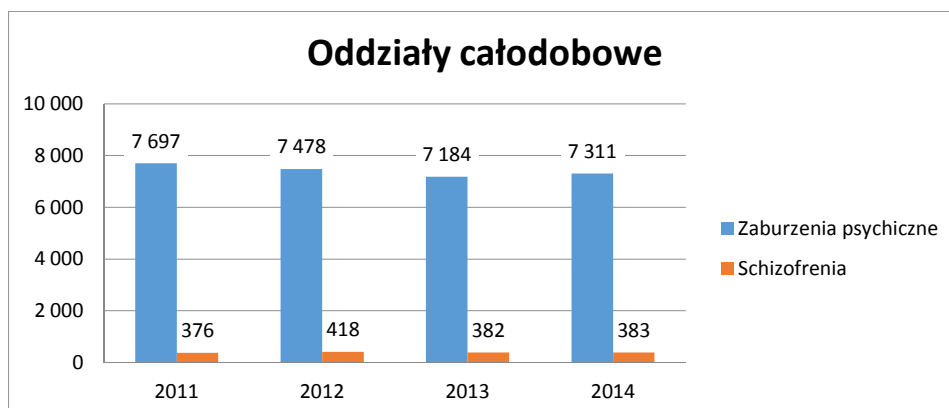
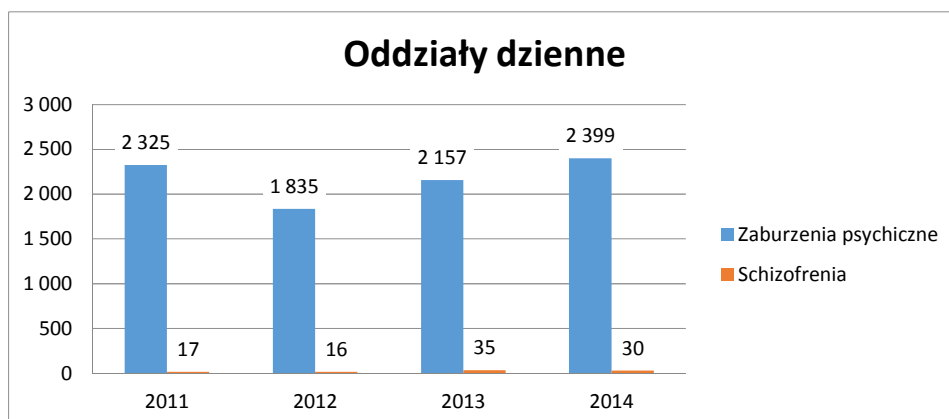
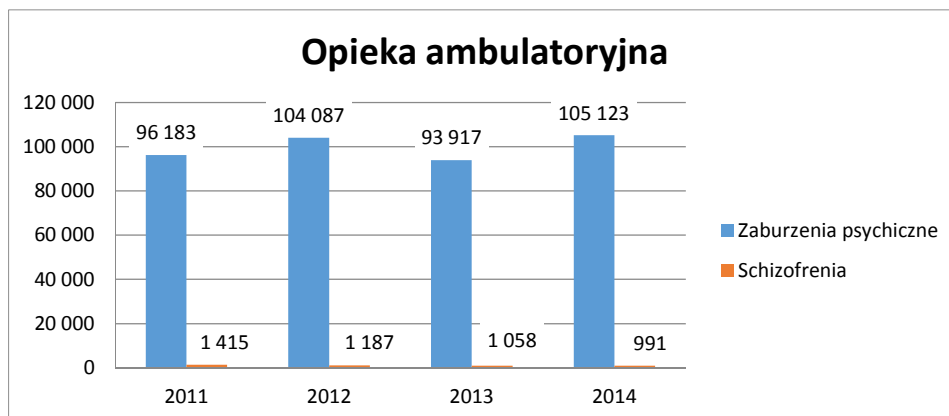
Tabela 2. Dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) leczeni w psychiatrycznej opiece szpitalnej i pozaszpitalnej w latach 2011-2014

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

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

W opiece ambulatoryjnej zwraca uwagę zmienna liczba leczonych rocznie (najniższa w 2013 r.), osiągnięta na koniec 2014 roku poziom ponad 105 tys. leczonych tj, 0 9% więcej niż w 2011. Podobnie niejednorodne zmiany dotyczą leczonych w innych formach: w oddziałach dziennych oznacza to na koniec 2014 r. niewielki wzrost liczby leczonych, w oddziałach szpitalnych całodobowych – niewielki (5%) spadek. W oddziałach opiekuńczych leczono się w analizowanym okresie od 67 do 80

osób poniżej 18 roku życia. Rozpoznanie schizofrenii w populacji dzieci i młodzieży występuje stosunkowo rzadko i dotyczy w opiece ambulatoryjnej i dziennej od 1 do 1,5%, w całodobowej – ok. 5% ogółu leczonych.



Rozdział 2.

RESPEKTOWANIE PRAW, GODNOŚCI I POTRZEB OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W POLSCE

Prawa, godności i potrzeby osób chorujących psychicznie w Polsce są naruszane. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich² z 2014 roku, w rozdziale o poszanowaniu praw i godności osób chorujących psychicznie informuje, że prawa te są naruszane w wieloraki sposób.

1. Naruszanie praw osób chorujących psychicznie może być konsekwencją wadliwych przepisów prawa:
 - 1) pierwszy przykład dotyczy czynności prawnych, oświadczeń woli oraz dziedziczenia ustawowego i testamentowego. Kodeks Cywilny zawiera sformułowania, które sprawiają, że każda czynność prawna dokonana przez osobę z diagnozą choroby psychicznej może być uznana za nieważną: Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych (art. 82 k.c.).
 - 2) drugim przykładem są unormowania związane z zawarciem małżeństwa: nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa. (m. in. art.12 k.r.o.) - które mimo krytyki i wielu dyskusji pozostają niezmienione.
2. Naruszanie praw może polegać na nieludzkim, poniżającym traktowaniu. We wspomnianym raporcie podany jest m.in. nagłośniony przez prasę przykład z oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, gdzie stosowano jako „formę terapii” wielogodzinne stanie na baczność, bezpodstawne zamykanie pacjentów na wiele tygodni w izolatce, lodowaty prysznic za niesubordynację czy aplikowanie bolesnych zastrzyków z obojętnej leczniczo soli fizjologicznej.
3. Naruszanie praw wynikające z niewiedzy, a co za tym idzie lęku, strachu. W raporcie podano przykład zdarzenia w jednym z miast, gdzie chory, który zgłosił się z silnym bólem w klatce piersiowej, nie otrzymał pomocy, ponieważ był osobą chorującą psychicznie. Gdy chory ów na pytanie lekarza, czy choruje na inne choroby, odpowiedział, że ma schizofrenię paranoidalną, został odesłany bez udzielenia właściwej pomocy. Zmarł na ławce na terenie szpitala wojewódzkiego na atak serca.
4. Brak poszanowania praw i godności osób chorujących przejawia się także na poziomie językowym, kiedy czasami zupełnie bezrefleksyjnie są etykietowane, naznaczone, piętnowane za pomocą licznych pejoratywnych sformułowań. Badania opinii publicznej pokazują, że pejoratywne określenia osób chorujących psychicznie funkcjonują w otoczeniu respondentów znacznie częściej (ponad 60%) niż neutralne lub pozytywne (34%)³.

Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich z realizacji przez Polskę zobowiązań wynikających z realizacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w latach 2012-2014 wskazuje, że w Polsce, dominuje archaiczny model totalnej opieki instytucjonalnej zamiast usług wspierających świadczo-

² Rzecznik Praw Obywatelskich. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

³ Wciórka B, Wciórka J. *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań BS/118/2005*. CBOS, Warszawa 2005; dostęp: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_118_05.PDF

nych w środowisku zamieszkania. Stan ten znacząco ogranicza prawa osób z niepełnosprawnościami, w tym chorujących psychicznie do prawa do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo, gwarantowane przez art. 19 Konwencji. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, w celu realizacji ich praw niezbędne jest, między innymi zintensyfikowanie działań dotyczących odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności (tzw. deinstytucjonalizacja).

Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w 2014 roku⁴ dokonuje między innymi oceny stopnia przestrzegania praw pacjentów szpitali psychiatrycznych. Z analizy spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że w 2014 r. rozpatrzonych zostało 1620 skarg, spośród których 749 (46%) okazało się zasadnych. W zakresie przepisów wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, trzema najczęściej naruszanymi prawami pacjentów szpitali psychiatrycznych były: prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (w tym zgodnie z etyką zawodową), prawo do poszanowania intymności i godności, oraz prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji

o swoim stanie zdrowia, w tym do wyrażania zgody na udzielenie tych informacji innym osobom. W zakresie przepisów wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego najczęściej stwierdzane naruszenia dotyczyły: prawa do informacji o planowanym postępowaniu leczniczym (w przypadku hospitalizacji bez zgody), prawa do uzyskania zgody ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu, jeżeli nie zagraża to życiu albo życiu i zdrowiu innych osób (tzw. przepustki), prawa do złożenia w dowolnej formie wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego. Z powyższego wynika, że najwięcej skarg zasadnych dotyczyło sposobu sprawowania opieki nad pacjentem szpitala psychiatrycznego oraz warunków hospitalizacji, a także szeroko rozumianego prawa do informacji.

Raport Najwyższej Izby Kontroli⁵ z 2012 roku negatywnie ocenia nieprzestrzeganie praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności w trakcie przyjmowania tych osób do szpitala bez ich zgody oraz w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego. Odstępstwa od rzetelnego dokumentowania wykonania obowiązujących procedur w zakresie przyjmowania do szpitala pacjentów bez ich zgody (w trybie art. 23, 24, 28 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego) stwierdzono w 15 kontrolowanych jednostkach (83,3%). Polegały one na nieudokumentowaniu: braku możliwości zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa; zatwierdzenia przez ordynatora/kierownika oddziału przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody; poinformowania pacjenta, który cofnął zgodę na leczenie w trakcie pobytu w oddziale, o przyczynach zatrzymania i jego prawach; zapoznania osoby przyjętej do szpitala z planowanym postępowaniem leczniczym. W raporcie NIK wskazano, że żadnej z 64 przeanalizowanych przez kontrolujących historii chorób pacjentów przyjętych do szpitala/oddziału psychiatrycznego bez ich zgody, w trybie art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. na podstawie uprzedniego postanowienia sądu), nie odnotowano poinformowania tych osób o przyczynach hospitalizacji i planowanym lecze-

⁴ Rzecznik Praw Pacjenta. *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* Rzecznika Praw Pacjenta obejmujące okres od dnia 1 stycznia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa 2015.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli. *Informacja o wynikach kontroli. Przestrzeganie praw pacjenta w lecnictwie psychiatrycznym*. NIK, Warszawa, 8 maja 2012 r.

niu. Domniemanie, że sąd poinformował pacjenta o przyczynach przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody nie może zastąpić informacji udzielonej przez lekarza w szpitalu. W zakresie stosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono nieprawidłowości polegające na: niedokumentowaniu w historii choroby opisu badania lekarskiego poprzedzającego (uzasadniającego) zlecenie zastosowania przymusu oraz poprzedzającego decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu na kolejne okresy sześciogodzinne, braku potwierdzenia dokonania przez kierownika szpitala oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, nierejestrowaniu krótkotrwałego uwolnienia z unieruchomienia co 4 godziny, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych oraz przyjmowania posiłków i napojów.

Raport przygotowany przez przedstawicieli Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, na podstawie badania 146 osób chorujących psychicznie z województwa małopolskiego, metodą wywiadów fokusowych⁶ wskazuje z kolei na następujące niezaspokojone potrzeby tej grupy. Z raportu wynika poniższe:

1. Sytuacja materialna i finansowa sporej części osób chorujących psychicznie jest dramatycznie zła. W wielu przypadkach życie na krawędzi ubóstwa. Często jedynym dochodem jest renta w wysokości 579 zł.
2. Bardzo ważnym problemem jest brak dostępu do lekarza psychiatry i terapeuty, szczególnie w mniejszych miejscowościach. Pacjenci wskazują, że ciężko jest zdrowieć, kiedy kontakt z lekarzem jest raz na trzy miesiące i sprowadza się do wypisania recepty.
3. W mniejszych miejscowościach brakuje instytucji i placówek psychiatrii środowiskowej, tj.: Warsztatów Terapii Zajęciowej, Środowiskowych Domów Samopomocy, Ośrodków Wsparcia Dziennego, Domów Pomocy Społecznej, a także klubów i świetlic terapeutycznych. Ich liczba jest zdecydowanie niewystarczająca.
4. Postulowano zwiększenie dofinansowania na psychiatrię, oraz odpowiednie regulacje prawne, tak by możliwe było dofinansowanie posiłków dla osób chorujących, ale także dojazdów do ośrodków rehabilitacyjnych, turnusów rehabilitacyjnych i sprzętu komputerowego, by przeciwdziałać wykluczeniu cyfrowemu tej grupy osób.
5. Postulowano zwiększenia refundacji leków psychiatrycznych oraz objęcie refundacją większej ich ilości, gdyż nie wszystkie są refundowane.
6. Dużym problemem dla badanych były trudności związane z zatrudnieniem. Potrzebna jest większa ilość miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie, takich jak: Zakłady Pracy Chronionej, Zakłady Aktywizacji Zawodowej, firmy społeczne; a także jest potrzeba kursów komputerowych, językowych i zawodowych dla osób chorujących psychicznie.
7. Wiele osób wskazywało jako główne problemy: stygmatyzację, piętno, stereotypowe traktowanie osób chorujących psychicznie oraz edukację jako jej przeciwdziałanie.
8. Apelowano o polepszenie warunków w szpitalach stacjonarnych i innych placówkach całodobowych, tak by móc godnie się leczyć, niezależnie od rozpoznanej jednostki diagnostycznej.

⁶ Liberadzka A., Kurbiel D. Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce - raport z badań. Kraków 2015, dostęp: http://otworzcie drzwi.org/files/dok/raport_grant_2014-15_strona_www.pdf

Rozdział 3.

CHARAKTERYSTYKA AKTUALNEGO STANU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE NA TLE NOWOCZESNYCH ROZWIĄZAŃ MODELOWYCH

W ujęciu historycznym zmiany w systemach psychiatrycznej opieki zdrowotnej podzielić można na trzy okresy, których ramy czasowe w znacznym stopniu różnią się pomiędzy poszczególnymi krajami⁷: (1) okres azylów psychiatrycznych, (2) okres deinstytucjonalizacji, (2) okres opieki zrównoważonej. Okres drugi, związany ze zmniejszeniem liczby dużych szpitali, trwał w wielu krajach rozwiniętych od lat 50. ubiegłego wieku, kiedy to silnie zaakcentowano ograniczenia dotychczas funkcjonującego modelu azylowego. Realizacja założeń nowego modelu miała nastąpić poprzez zapewnienie pacjentom pomocy środowiskowej tj.:

- przeniesienie do opieki w środowisku pacjentów chorujących przewlekłe, których stan psychiczny oraz odpowiednie przygotowanie pozwalały na funkcjonowanie społeczne,
- powoływanie do życia i rozwój instytucji opieki środowiskowej,
- ścisłą współpracę lekarzy i pielęgniarek ze specjalistami o innych kwalifikacjach takich, jak: psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni, asystenci, a także wolontariusze.

W swoim ogólnym założeniu proces ten oparty był na:

- przekazaniu rezydentów szpitali psychiatrycznych do instytucji opieki środowiskowej,
- przekierowaniu potencjalnych nowych przyjęć do alternatywnych form opieki,
- utworzeniu sieci usług dla pacjentów przebywających poza szpitalnymi murami.

Krótkie charakterystyki przebiegu procesu reformy w Anglii, we Włoszech i w Niemczech, gdzie przeprowadzono ją w sposób względnie konsekwentny, mogą służyć jako przykłady modelowe.

Anglia. W roku 1971 i 1975 przedstawiono dokumenty⁸ określające strukturę pełnej opieki środowiskowej w kraju. Ostatecznie, liczbę szpitali zredukowano ze 130 nadal funkcjonujących w 1960 roku do zaledwie 14 w końcu lat 90. Każdy z nich mieścił niewiele ponad 200 łóżek, a średnia długość pobytu wynosiła 76 dni. Wnioski z oceny procesu reform, m.in. na podstawie badania *Team for the Assessment of Psychiatric Services* (TAPS), stanowiącego prospektywną obserwację 670 przewlekłe chorujących pacjentów wypisanych ze szpitali Friern i Claybury wykazały, że:

- w okresie 5 lat 2/3 pacjentów mieszkało w miejscu uprzedniego zamieszkania,
- wskaźniki śmiertelności i samobójstw nie uległy wzrostowi,
- mniej niż 1 na 100 pacjentów został bezdomnym,
- tylko 1/3 chorych była ponownie hospitalizowana podczas okresu trwania projektu, 10% chorych przebywało w szpitalu w czasie zakończenia badania,
- dzięki „przesunięciu” opieki w kierunku psychiatrii środowiskowej, jakość życia pacjentów uległa znacznie poprawie,

⁷Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo IPIŃ, Warszawa 2010

⁸D.H.S.S. *Hospital services for the mentally ill*. Her Majesty's Stationery Office, London 1971; D.H.S.S. *Better Services for the Mentally Ill*. Her Majesty's Stationery Office, London 1975.

- wykazano pewne różnice kosztów opieki szpitalnej i środowiskowej, natomiast porównanie kosztów oraz rezultatów klinicznych metodą koszt-skuteczność wykazała wyższość opieki środowiskowej nad instytucjonalną⁹.

Włochy. Podjęte radykalne zmiany legislacyjne znacznie przyspieszyły proces reorganizacji systemu opieki psychiatrycznej. W 1978 roku pod naciskiem opinii publicznej wprowadzono w życie Ustawę Nr 180 (*Legge n. 180 Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatori*), która precyzyjnie określała 4 zasadnicze elementy zmiany:

- zakaz budowy nowych szpitali i stopniową redukcję liczby szpitali z ograniczeniem nowych przyjęć,
- tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych z maksymalnie 15 łózkami dla pacjentów ze stałymi objawami chorobowymi,
- ograniczanie liczby przyjęć wbrew woli pacjenta,
- rozbudowę instytucji opieki środowiskowej zabezpieczających określony region¹⁰.

W tymże roku, według oficjalnych danych, w szpitalach psychiatrycznych przebywało łącznie 78 538 chorych. W ciągu dziesięciu lat (1978-1987) po przyjęciu Ustawy 180, liczba chorych przebywających w jednostkach szpitalnych obniżyła się o 53%. Największe osiągnięcia odniosły miasta, w których rozbudowę systemu opieki środowiskowej rozpoczęto przed wprowadzeniem ustawowych wymogów, jak Triest, Arezzo, Perugia, południowa część Werony, Portogruaro oraz Parma. Proces reformy opieki psychiatrycznej łączącej współpracę międzysektorową ciągle trwa. Regionalny budżet nadał mu nowy impuls a doświadczenia np. Triestu są znane z wielu podróży studyjnych polskich ekspertów.

Niemcy. W Niemczech zmiany organizacji opieki zdrowotnej nastąpiły po 1975 roku, kiedy komisja ekspertów zrewidowała status opieki psychiatrycznej w kraju, W początkowym okresie reform w latach 1970-1975 na 1000 mieszkańców przypadało 1,6 łóżka szpitalnego. Dzięki zmianom systemowym zredukowano liczbę miejsc o ok. 40%, ze znacznymi jednak różnicami pomiędzy poszczególnymi landami.. Ograniczanie liczby łóżek w dużych instytucjach medycznych kompensowano tworzeniem oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz klinikach uniwersyteckich, które już na przełomie lat 80. i 90. zapewniły łącznie 26 z 70 tys. dostępnych łóżek szpitalnych w kraju¹¹. Trwający obecnie, trzeci okres – „zrównoważonej struktury” pomocy psychiatrycznej - skłania się do modelu opartego na opiece ambulatoryjnej, rozbudowanej sieci pomocy środowiskowej, oddziałach dziennych, wspieranych przez niewielkie, krótkoterminowe oddziały całodobowe, zlokalizowane w szpitalach o szerokim profilu usług. Taki model opieki psychiatrycznej:

- umożliwia dostęp do usług medycznych w środowisku życia pacjentów,
- zapewnia dostęp do nowoczesnych jednostek szpitalnych dla pacjentów z ostrymi objawami chorobowymi oraz umożliwia długoterminową opiekę instytucjonalną pacjentom tego wymagającym,

⁹ Leff J, Gooch C. Team for Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: Prospective follow-up study of long stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American J. Psychiatry*. 1996; 153: 1318-1324.

¹⁰ de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Faloon I, Fioritti A. Residential care in Italy. *British J. Psychiatry*, 2002; 181:220-225.

¹¹ Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD – *Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn: Bundestagsdrucksache 7/42000 und 7/4202; 1975; Bauer M, Kunze H, Cranach M v, i in.. Psychiatric Reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;104 (410):27-34.

- zapewnia usługi skierowane zarówno na redukcję objawów psychopatologicznych, jak i przeciwdziałanie skutkom niepełnosprawności,
- dostarcza terapii i opieki uwzględniając indywidualny plan terapeutyczny oraz specyficzne potrzeby każdego pacjenta¹².

Polska. W Polsce działania na rzecz stopniowego odchodzenia od tradycyjnego modelu opieki, m.in., poprzez tworzenie coraz liczniejszych formy opieki poza szpitalnej, mają w wieloletnią tradycję. Jednak dopiero ustawowe umocowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), a zwłaszcza jego ustanowienie rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128) stworzyło szansę na przyspieszenie wcześniejszego procesu przekształceń. Zmiany w zasobach psychiatrycznej opieki po czterech latach (2011-2015) realizacji NPOZP przedstawiają tabele z danymi, dotyczącymi szpitalnego (tabl.1) i pozaszpitalnego (tabl.2) leczenia psychiatrycznego, dostępnego dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi na koniec 2010 i 2014 roku. W zestawieniach pominięto formy opieki dla dzieci i młodzieży oraz dla osób uzależnionych.

Tabela 1. Opieka szpitalna dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (bez dzieci i młodzieży i bez uzależnień).

Rodzaj szpitala/zakładu	Lata		Oddziały/ placówki	Łóżka/ miejsca	Lokalizacja Uwagi
Szpitale psychiatryczne	2010 rok		325	12 962	2014 r.: oddziały w 48 szpitalach, w 45 miejscowościach
	2014 rok		310	12 895	
	zmiana	N	-15	-67	
		2014/2010	95,4%	99,5%	
Szpitale ogólne (inne niż psychiatryczne)	2010		120	5 122	2014 r.: oddziały psychiatryczne w 105 szpitalach, w 90 miastach
	2014		134	5 747	
	zmiana	N	+14	+625	
		2014/2010	111,7%	112,2%	
Ogółem szpitale	2010		445	18 084	2014 r.: w 153 szpitalach
	2014		444	18 642	
	zmiana	N	-1	+558	
		2014/2010	99,8%	103,1%	
Zakłady opiekuńcze i pielęgnacyjne	2010		58	5 133	21 z nich - to dawne oddziały szpitali psychiatrycznych
	2014		58	5 574	
	zmiana	N	-	+441	
		2014/2010	-	108,6%	

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

- Oddziały i łóżka opieki całodobowej zlokalizowane w psychiatrycznych szpitalach i zakładach opiekuńczych ponad trzykrotnie przeważają nad liczbą oddziałów i łóżek w placówkach innych niż psychiatryczne.
- Zwiększenie liczby łóżek (+625) w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, nie wpływa na zmniejszenie dużych szpitali. Zamiast spodziewanej około 20% redukcji następuje paradoksalny wzrost liczby łóżek a proces przejmowania opieki w środowisku jest niewystarczający.

¹² Roick C, Deister A, Zeichner D i in. Das Regionale Psychriatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatrische Praxis*. 2005; 32: 1–8; König HH, Heinrich S, Heider D i in. Das Regionale Psychriatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. *Psychiatrische Praxis*. 2010; 37: 34–42.

- Nadal utrzymuje się znaczna koncentracja łóżek w starych, często położonych peryferyjnie placówkach, obok których funkcjonują zakłady opiekuńcze (ZOL, ZLO), utworzone z formalnie i organizacyjnie obecnie oddzielonych dawnych oddziałów szpitalnych.
- W zestawieniu uwzględniono oddziały psychiatrii sądowej dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, których w szpitalach psychiatrycznych w 2014 r. jest 49 z 1862 łózkami, a w szpitalach ogólnych – 7, ze 194 łózkami.

Tabela 2. Opieka pozaszpitalna, tj.: dzienna, hostele oraz opieka ambulatoryjna i środowiskowa dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (bez dzieci i młodzieży i bez uzależnień).

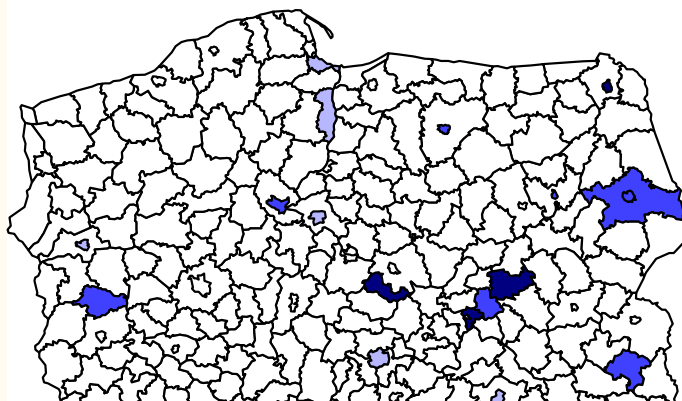
Rodzaj	Lata	Oddziały/ placówki	Miejsca	Lokalizacja, uwagi	
Opieka dzienna	2010	152	3 506	2014 r: w 164 zakładach, w 100 miastach	
	2014	221	4 921		
	zmiana	N	+69		+1 1415
	2014/2010	145,4%	140,4%		
Hostele	2010	3	x		
	2014	4	47		
	zmiana	N	+1		?
Opieka ambulatoryjna	2010	1135	nie dotyczy	2014 r: w 342 powiatach	
	2014	1232			
	zmiana	N	+97		nie dotyczy
	2014/2010	108,5%			
Zespoły leczenia środowiskowego	2010	48	nie dotyczy	2014 r: nie dotyczy	
	2014	132			
	zmiana	N	+48		nie dotyczy
	2014/2010	132%			

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

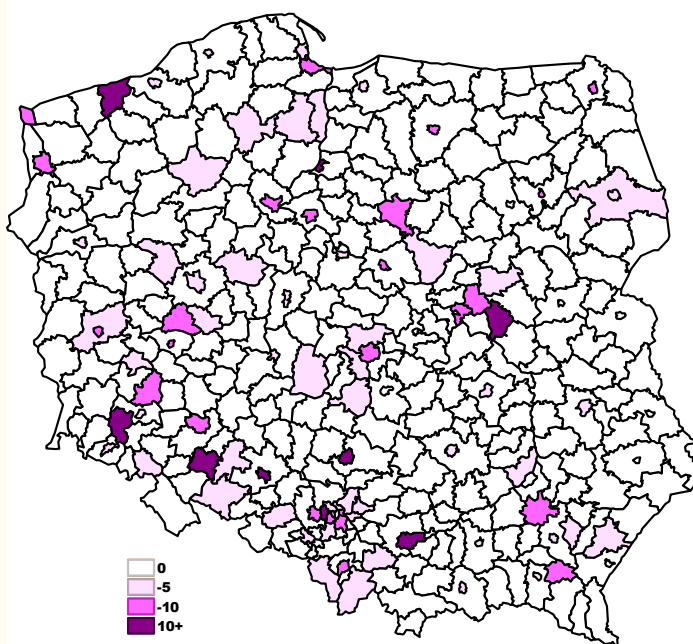
- Opieka dzienna realizowana jest w 221 oddziałach psychiatrycznych (wzrost o 45%), zlokalizowanych w ok. 100 miastach. Większość (ok.80%) została utworzona poza szpitalami psychiatrycznymi.
- Zwraca uwagę – niezmiennie od lat – mała liczba hosteli, formy opieki przewidzianej dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających treningu usamodzielniającego.
- Opieka ambulatoryjna dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi dostępna jest formalnie prawie we wszystkich powiatach (90%) w kraju. Faktyczna dostępność ma charakter bardziej złożony, ponieważ poradnie pracują w różnym wymiarze godzin tygodniowo (ok. 30% poradni czynnych jest zaledwie od 1do 3 dni w tygodniu) oraz z bardzo zróżnicowaną liczebnie i fachowo obsadą personelu.
- System opieki ambulatoryjnej uzupełnia 320 poradni psychologicznych, działających w ponad 100 powiatach.
- Największy przyrost (blisko trzykrotny) odnotowano w szczególnie ważnej formie opieki, jaką są zespoły leczenia środowiskowego (ZLS), których na koniec 2014 roku działało 132; w większości (ok.65%) są one zlokalizowane w dużych – liczących więcej niż 200 tys. mieszkańców – miastach. Pewna część ZLS (15 – 30%) nie realizuje wszystkich, bądź z pożądaną częstością wymaganych świadczeń (np. wizyt w środowisku pacjenta).

Podsumowanie

1. Oczekiwania i nadzieje związane z upowszechnieniem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej nie spełniły się. Opieka psychiatryczna (bez uzależnień) sprawowana jest w słabo zintegrowanych lub niezintegrowanych placówkach, zarządzanych przez ok. 1200 podmiotów.
2. Warunkiem wdrożenia postulowanych w NPOZP zmian jest zastosowanie finansowania sprzyjającego modelowi opieki nastawionemu na kompleksowe zaspokojenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na określonym terytorium. Można szacować, że już obecnie ok. 150 - 200 podmiotów, dysponuje możliwościami utworzenia centrów zdrowia psychicznego (CZP), realizujących model zintegrowanej opieki środowiskowej (por. mapy 1-4 ilustrujące stan z roku 2010, wg opracowania Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN).
3. Kontynuowanie finansowania hospitalizacji psychiatrycznych według osobodnia nie sprzyja redukcji łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych i nie wyzwała większego zainteresowania rozwojem form opieki pozaszpitalnej, a w sytuacji ograniczonych środków, wpływa na niedofinansowanie tych ostatnich (blisko połowa ZŁS ma kontrakty uniemożliwiające objęcie opieką osób potrzebujących).

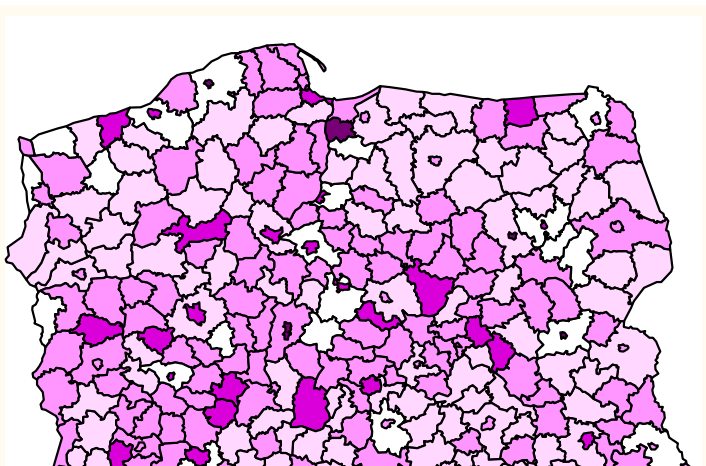


Mapa 1. Opieka środowiskowa (zespoły leczenia środowiskowego) wg wartości kontraktu na 1 mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0 zł) – 353 powiatów, do 1 zł – 12 powiatów, 1-3 zł – 9 powiatów, ponad 3 zł – 5 powiatów.

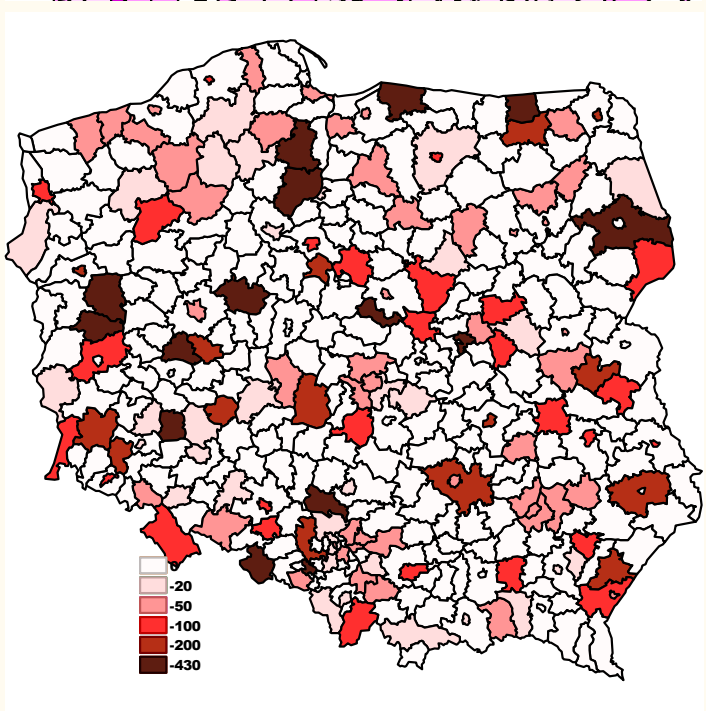


Mapa 2. Opieka dzienna wg wartości kontrakt na 1 mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0zł) – 292 powiaty, do 5 zł – 52 powiaty, 5-10 zł – 25 po-

powiatów, ponad 10 zł – 10 powiatów

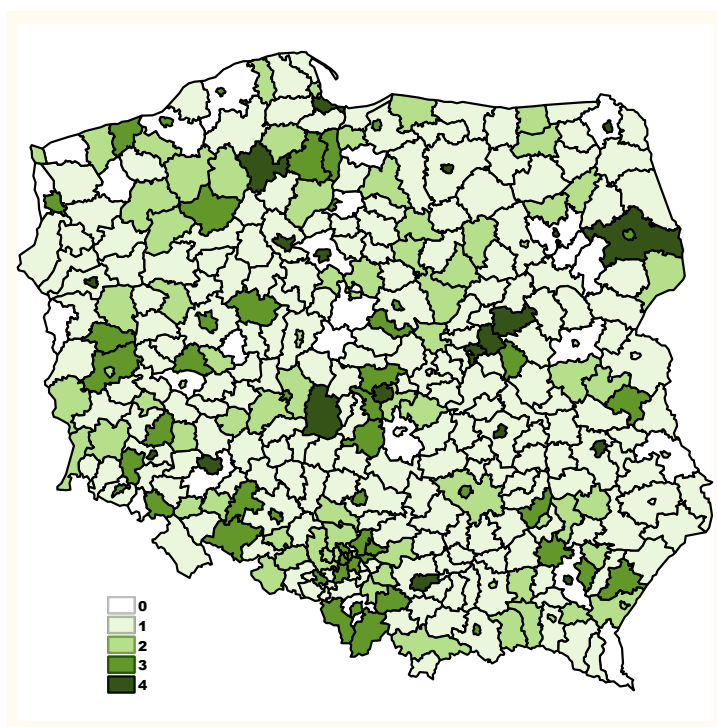


Mapa 3. Opieka ambulatoryjna w powiatach wg wartości kontraktu na 1 mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0 zł) - 26 powiatów, do 3zł – 119 powiatów, 3-31 zł – 191 powiatów, 10-20 zł – 35 powiatów, 2-34 zł – 8 powiatów.



Mapa 4. Opieka stacjonarna w powiatach wg wartości kontraktu na 1 mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0 zł) - 238 powiatów, do 20 zł – 36 powiatów, 20-50 zł 48

powiatów, 50-100 zł - 27 powiatów, 100-200 zł 15 powiatów, 200-430 zł 15 powiatów.



Mapa 5. Liczba form organizacyjnych opieki psychiatrycznej (środowiskowa, dzienna, ambulatoryjna, stacjonarna) dostępnych w powiatach w roku 2010. Jedna forma – 25 powiatów, 2 formy - 205 powiatów, 3 formy – 50 powiatów, 4 formy -20 powiatów.

Rozdział 4.

NIEZBĘDNE KIERUNKI ZMIAN I WARUNKI ROZWOJU PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

NIEZBĘDNY KIERUNEK ZMIAN

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

ZADANIA

1. *Systemowa reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca pomoc:*

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

2. *Poprawa wskaźników efektywności systemu:*

- 1) **dostępności świadczeń**: docelowo podstawowe świadczenia przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę - nagłe natychmiast, pilne w ciągu 24-48 godzin; w granicach 1 godziny dojazdu publicznym środkiem komunikacji,
- 2) **wskaźników zdrowotnych** (wg ICD, zwłaszcza wskaźniki zapadalność, chorobowość, współchorobowość somatyczna, przedwczesna śmiertelność, czas trwania życia, samobójstwa, DALY's),
- 3) **wskaźników społecznych** (wg ICF, zwłaszcza poziom funkcjonowania, niesamodzielności, niepełnosprawności, czasowej niezdolności do pracy, jakości życia, wykluczenia i dyskryminacji),
- 4) **wskaźników ekonomicznych** (relacja nakładów do efektów i efektywności)

3. *Poszanowanie podmiotowości użytkowników systemu* (poszanowanie praw i godności, poszerzenie zakres współudziału i współdecydowania, minimalizacja opresji)

WARUNKI

A. Zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy)

1. **Zmiana postaw społecznych** wobec osób z zaburzeniami psychicznymi - przeciwdziałanie ignorancji, procesom napiętnowania, nierównego traktowania i wykluczenia

2. **Ewolucja postaw profesjonalnych** – w kierunku zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przygotowanie standardów środowiskowej opieki psychiatrycznej przez towarzystwa naukowe

B. Zmiana polityczna (odpowiedzialność, legislacja, zarządzanie)

3. **Podjęcie wyzwań** w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatne do skali potrzeb i zaniechań - zaliczenie ochrony zdrowia psychicznego do **priorytetowych** zadań polityki zdrowotnej i społecznej państwa, podjęcie **deinstytucjonalizacji** psychiatrycznej opieki zdrowotnej tj. odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności
4. **Powierzenie** lokalnym władzom samorządowym **odpowiedzialności** za ochronę zdrowia psychicznego mieszkańców (zadanie zlecone)

C. Zmiana organizacyjna (zasoby, instytucje, kadry, koordynacja, finansowanie, inwestowanie)

5. *Reforma zasobów opieki zdrowotnej*

- 1) podstawową opiekę psychiatryczną zapewnia **krajowa sieć lokalnych, równomiernie rozmieszczonych (środowiskowych) centrów zdrowia psychicznego** o centralnie ustalonej gęstości i odpowiedzialności terytorialnej obejmującej określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju (powiat, dzielnica wielkiego miasta lub duża gmina); w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się objęcie odpowiedzialnością kilku powiatów lub dzielnic wielkiego miasta zamieszkałych łącznie przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców
 - 2) działalność centrum zdrowia psychicznego jest realizowana na terenie jednostki podziału administracyjnego będącej jego siedzibą, z zastrzeżeniem możliwości realizowania opieki stacjonarnej w szpitalu zlokalizowanym na terenie obsługiwanym przez inne centrum zdrowia psychicznego
 - 3) profilowane lub referencyjne świadczenia psychiatryczne zapewnia **ponadlokalna (regionalna, krajowa) sieć wyspecjalizowanych ośrodków psychiatrycznych**
 - 4) **zmiana funkcji i ról dużych szpitali psychiatrycznych:**
 - a) rola lokalnego centrum zdrowia psychicznego w zakresie ograniczonym do wyznaczonej terytorialnej odpowiedzialności za miejscową populację, zgodnie z zasadami określonymi wyżej [p. 1) i 2)]
 - b) zapewnienie opieki stacjonarnej dla działających w okolicy centrów zdrowia psychicznego nie posiadających bazy szpitalnej (całodobowego oddziału psychiatrycznego)
 - c) rola ponadlokalnego ośrodka specjalistycznego (odpowiednio do potrzeb populacji i kompetencji ośrodka),
 - d) ośrodki sądowo-psychiatryczne o różnym poziomie zabezpieczenia
 - e) opiekuńcze (tymczasowo, do powstania warunków alternatywnego zaspokojenia potrzeb, np. zamieszkiwanie chronione, hostele, schroniska kryzysowe, opieka rodzinna)
 - 5) **zwiększanie roli lekarzy rodzinnych** (pierwszego kontaktu) we współpracy z lokalnymi centrami zdrowia psychicznego, udostępnienie pomocy psychologicznej w placówkach pierwszego kontaktu (poradnictwo, interwencje kryzysowe, psychoterapia)
6. **Przełamanie barier międzyresortowych** w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego

- 1) **w centrum zdrowia psychicznego** – wskazanie wymaganego zakresu zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków pomocy społecznej i zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków opieki zdrowotnej oraz instytucjonalne zapewnienie koordynacji ich świadczenia
 - 2) **w innych placówkach** - stworzenie możliwości świadczenia usług społecznych w placówkach zdrowotnych a usług zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej (regulacje prawne, zatrudnienie, finansowanie)
7. **Różnicowanie i udostępnianie zasobów oparcia społecznego** – w tym: niezbędnej pomocy bytowej i materialnej, usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia i samopomocy, chronionych i wspomaganych form wsparcia mieszkaniowego, wsparcia dla rozwoju ruchów samopomocowych
8. **Różnicowanie i udostępnianie form aktywizacji zawodowej** - w tym: rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wspomagane oraz przedsiębiorczości społecznej.
9. **Kształcenie potrzebnych kadr** - zwiększenie zakresu wiedzy i kompetencji psychiatrycznej lekarzy w kształceniu przeddyplomowym, zmiana programu kształcenia specjalistycznego psychiatrów, psychologów klinicznych i pielęgniarek psychiatrycznych w celu poszerzenia kompetencji
w zakresie opieki środowiskowej, zapewnienie finansowania szkolenia terapeutów środowiskowych ze środków publicznych, zakończenie ustawowej regulacji zawodu psychoterapeuty.
10. **Koordinacja i odpowiedzialność:**
- 1) **odpowiedzialność lokalna** (ocena potrzeb, zasobów, wprowadzenie rozwiązań),
 - 2) **koordynacja regionalna** (ponadlokalne potrzeby, zasoby i rozwiązania, wsparcie dla rozwiązań lokalnych) i krajowa (planowanie, legislacja, modelowanie, monitoring).
11. **Finansowanie:** zapewnienie świadczeń ze środków publicznych
- 1) w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej - odejście od zasady finansowania pojedynczych usług i zasobów, na rzecz finansowania ryczałtowego (tzw. budżet „globalny”) według mechanizmu kapitałowego na populację mieszkańców,
 - 2) w zakresie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej – na rzecz finansowania ryczałtowego na pacjenta/rozpoznanie)
 - 3) w zakresie świadczeń sądowo-psychiatrycznych i opiekuńczych – wg kalkulacji osobodnia.
12. **Inwestycje:** dotowanie niezbędnych nakładów na infrastrukturę z budżetu państwa, przy zachowaniu zasady udziału własnego jednostek samorządu terytorialnego.
13. **Zarządzanie zmianą:** udostępnienie różnych kształcenia i doksztalcenia w zakresie zarządzania w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.

Rozdział 5.

CELE I ZADANIA PROGRAMU ORAZ HARMONOGRAM ICH REALIZACJI

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cele szczegółowe:

- 1.1. upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- 1.2. upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
- 1.3. aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi
- 1.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Cel główny 2: rozwój badań naukowych i systemów informatycznych w zakresie zdrowia psychicznego

Cele szczegółowe:

- 2.1. prowadzenie przekrojowych i długoterminowych ocen epidemiologicznych zbiorowości osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz osób zagrożonych występowaniem tych zaburzeń
- 2.2. promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego
- 2.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej
- 2.4. ocena skuteczności realizacji Programu

Zadania dla poszczególnych podmiotów realizujących

Minister właściwy do spraw zdrowia

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

1. przygotowanie planu umiejscowienia i odpowiedzialności terytorialnej (krajowej sieci/mapy) centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych i oraz dla dzieci i młodzieży - zgodnie z ramami organizacji i funkcjonowania oraz wskaźnikami dostępności zawartymi w załączniku (rozdział 6) do rozporządzenia
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany projekt rozporządzenia
2. przygotowanie – we współpracy z towarzystwami naukowymi - standardów organizacji, zatrudnienia oraz postępowania dla centrów zdrowia psychicznego
 - a. termin realizacji: do 06.2016

- b. wskaźnik monitorujący: przygotowany projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, publikacja standardów i rekomendacji dotyczących opieki środowiskowej
3. wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci centrów zdrowia psychicznego
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę i zasięg terytorialny utworzonych centrów, liczby osób korzystających z pomocy ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i stacjonarnej, kwoty przeznaczone na wspieranie infrastruktury centrów (z udziałem na środki z budżetu centralnego i udział własny jednostek samorządu terytorialnego)
4. ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie lub dostosowanie programów kształcenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym, zgodnie ze wskaźnikami zawartymi w załączniku (rozdział 7) do rozporządzenia
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba programów kształcenia
5. wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach, niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej - z uwzględnieniem docelowych wskaźników zawartych w załączniku (rozdział 7) do rozporządzenia
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: odsetek kadr objętych szkoleniem/rok
6. określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: zapisy w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych
7. wprowadzenie do programów kształcenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych i lekarzy pediatrów zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zmian w programach
8. określenie wspólnie z Ministrem Sprawiedliwości zasad współfinansowania realizacji pozaszpitalnego środka zabezpieczającego (Kodeks Karny art. 93 a § 2 i 3)
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: projekt regulacji prawnej

Cel szczegółowy: skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

1. utworzenie lub desygnowanie organu koordynującego realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
 - przygotowywanie i publikowanie rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego we współpracy z towarzystwami naukowymi oraz materiałów szkoleniowych,
 - monitorowania realizacji i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia

- Psychicznego,
- opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu,
 - analiza i egzekwowanie rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu
 - a. termin realizacji: do 02.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument powołujący
2. opracowanie koncepcji Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego - centralnej placówki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja), z uprawnieniami państwowego instytutu badawczego
- a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: projekt rozporządzenia Rady Ministrów nadające status PIB na podstawie ustawy o instytutach oraz zagwarantowanie środków w rezerwie budżetowej
3. w porozumieniu z ministrem właściwym dla spraw pracy i polityki społecznej, przygotowanie instytucjonalnych ram i zasad współdziałania centrów zdrowia psychicznego z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej
- a. termin realizacji: 12. 2016
 - b. wskaźnik monitorowania: przygotowanie projektu ustawy/regulacji ustawowej

Cel główny 2: Rozwój badań naukowych i systemów informatycznych w zakresie zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy: prowadzenie przekrojowych i długoterminowych ocen epidemiologicznych zbiorowości osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz osób zagrożonych występowaniem tych zaburzeń

Zadania:

1. finansowanie badań naukowych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba realizowanych w Polsce projektów/rok
2. realizacja (nie rzadziej niż co 5 lat) okresowej oceny stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Polski wraz z oceną dostępności opieki oraz nierówności w zdrowiu psychicznym uwarunkowanych czynnikami społeczno-ekonomicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja okresowa od 01.2017
 - b. wskaźnik monitorujący: publikacje

Zadanie:

1. opracowanie i wdrożenie zintegrowanego systemu sprawozdawania działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej
 - a. termin realizacji: do 12.2017
 - b. wskaźnik monitorujący: uruchomienie systemu

Cel szczegółowy: ocena skuteczności realizacji Programu

Zadania:

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

termin realizacji: od 01.2017

wskaźnik monitorujący: raporty (2018, 2020) określający podstawowe zasoby organizacyjne i kadrowe opieki psychiatrycznej, wskaźniki występowania i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, dostępności, jakości i efektywności opieki psychiatrycznej.

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw pracy

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

1. wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: raport roczny określający zasoby i dostępność oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
2. monitorowanie wdrażania przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty pomocy społecznej programów poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę osób korzystających z różnych form pomocy w skali kraju i poszczególnych województwach

Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1. zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę osób objętych poszczególnymi formami działalności w ciągu roku
2. wdrażanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający wykaz dostępnych form zatrudnienia oraz liczby osób objętych nimi osób
3. prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016

- b. wskaźnik monitorujący: liczba kampanii/rok
4. wspieranie powstawania i działalności pozarządowych ruchów samopomocowych: (a) osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin - służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym, (b) innych organizacji - działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym
- a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba organizacji już działających i nowych/rok

Cel szczegółowy: skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

1. przygotowanie, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania centrów zdrowia psychicznego z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywność społeczno-zawodową, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej
 - a. termin realizacji: 12. 2016
 - b. wskaźnik monitorowania: przygotowanie projektu ustawy/regulacji ustawowej

Minister Edukacji Narodowej

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

1. określenie zasad współpracy placówek szkolnych, psychologiczno-pedagogicznych, socjoterapeutycznych i wychowawczych z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oparcia społecznego i pomocy społecznej w zakresie pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi oraz zapewnienie środków niezbędnych do jej realizacji
 - a. termin realizacji: 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: projekt regulacji
2. monitorowanie współpracy placówek szkolnych, psychologiczno-pedagogicznych, socjoterapeutycznych i wychowawczych z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oparcia społecznego i pomocy społecznej w zakresie pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, z uwzględnieniem polityki rodzinnej
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2017
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę osób korzystających z różnych form pomocy i wsparcia w skali kraju i poszczególnych województwach
3. wspieranie powstawania i działalności pozarządowych ruchów samopomocowych:
5. osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin - służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym,
6. innych organizacji - działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016

- b. wskaźnik monitorujący: liczba organizacji już działających i nowych/rok

Cel szczegółowy: skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

4. przygotowanie, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z placówkami szkolnymi i psychologiczno-pedagogicznymi
 - a. termin realizacji: 12. 2016
 - b. wskaźnik monitorowania: przygotowanie projektu ustawy/regulacji ustawowej

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Cel główny 2: Rozwój badań naukowych i systemów informatycznych w zakresie zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy: promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego

Zadania:

1. uwzględnienie publicznych, społecznych i zdrowotnych aspektów ochrony zdrowia psychicznego w priorytetach Krajowego Programu Badań (NCN, NCBiR)
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

Minister Sprawiedliwości

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

1. zapewnienie osobom przebywającym w placówkach penitencjarnych wymiaru sprawiedliwości, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego,
 - a. termin realizacji: do 12.2017
 - b. wskaźnik monitorujący: odsetek ośrodków z właściwym dostępem do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego; liczba psychiatrów/psychologów pracujących na rzecz ośrodka
2. określenie wspólnie z Ministrem Zdrowia zasad współfinansowania realizacji pozaszpitalnego środka zabezpieczającego (Kodeks Karny art. 93 a § 2 i 3)
 - a. termin realizacji: do 12.2016

- b. wskaźnik monitorujący: projekt aktu prawnego

Minister właściwy do spraw wewnętrznych

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

- 2.1.1. opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: do 06.2016
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.1.2. wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę placówek i sposób ich dostosowania

Minister Obrony Narodowej

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

- 2.1.1. opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: do 06.2016
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.1.2. wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę placówek i sposób ich dostosowania

Narodowy Fundusz Zdrowia

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

1. zapewnienie priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w wysokości co najmniej o 5% większej niż średni roczny wzrost nakładów na pozostałe rodzaje świadczeń, do osiągnięcia docelowo nie mniej niż 6% udziału nakładów na świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w stosunku do ogółu świadczeń
 - a. termin realizacji: realizacja stopniowa od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: nakłady na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kolejnych latach, wysokość nakładów na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej per capita i w relacji do ogółu nakładów.
2. wprowadzenie finansowania świadczeń zdrowotnych centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w oparciu o zryczałtowany budżet globalny wg stawki kapitałowej na mieszkańca obszaru działania centrum
 - a. termin realizacji: od 01.2017
 - b. wskaźnik monitorujący: zarządzenie Prezesa NFZ
3. opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych wg zryczałtowanej stawki na leczenie osoby/ jednostki lub grupy jednostek diagnostycznych
 - a. termin realizacji: od 01.2017
 - b. wskaźnik monitorujący: zarządzenie Prezesa NFZ

Samorządy województw

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

1. aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza rozwoju krajowej sieci/mapy centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży na terenie województwa - zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku (rozdział 6) do rozporządzenia
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2. wspieranie wdrażania sieci/mapy centrów zdrowia psychicznego na terenie województwa
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba placówek biorących udział w programie
3. przygotowanie zgodnego z krajową siecią/mapą centrów zdrowia psychicznego planu przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: opracowany dokument

4. określenie ponadlokalnych (regionalnych) potrzeb w zakresie specjalistycznej opieki psychiatrycznej, w tym całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, wybór priorytetów służących ich zaspokajaniu oraz wspieranie odpowiednich programów zdrowotnych
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: wykaz potrzeb, priorytetów i programów zdrowotnych
5. określenie ponadlokalnych (regionalnych) potrzeb w zakresie łóżek opiekuńczych i psychiatryczno-sądowych oraz planu ich zaspokojenia.
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: wykaz potrzeb i plan

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

1. aktualizacja, poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej
 - a. termin realizacji: aktualizacja do 06.2016, potem realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających w ciągu roku z poszczególnych form pomocy w województwie i poszczególnych powiatach
2. wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zwłaszcza zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok, wysokość środków przekazanych organizacjom pozarządowym/rok

Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1. zwiększanie, we współdziałaniu z PFRON, dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę osób objętych poszczególnymi formami działalności w ciągu roku
2. aktualizacja i wdrażanie, we współdziałaniu z PFRON, wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: aktualizacja do 06.2016, potem realizacja ciągła.
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany program, roczny raport określający wykaz dostępnych form zatrudnienia oraz liczby objętych nimi osób
3. prowadzenie, we współdziałaniu z PFRON, kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba projektów i pracodawców objętych oddziaływaniem w ciągu roku

Cel szczegółowy: skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

1. powołanie/przedłużenie działania wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację Programu. Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu województwa, wojewody, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych, oddziału wojewódzkiego NFZ. Zarząd województwa zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną
 - a. termin realizacji: do 03.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: dokument powołujący/aktualizujący
2. opracowanie/aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
 - a. termin realizacji: do 12.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: dokument programu
3. realizacja, skoordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: roczne sprawozdanie
4. przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: publikacja

Samorządy powiatów, grup powiatów, dużych gmin (min. 50 tys. mieszkańców)

Cel główny 1: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie poprzez realizację krajowej sieci/mapy (a) centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych i (b) centrów zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży na terenie właściwości samorządu
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany program
 - c.
2. utworzenie centrum zdrowia psychicznego i centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, zgodnie ze: (a) wskazaniem sieci/mapy krajowej, (b) z zalecanym poziomem wskaźników i z zasadami organizacyjnymi zawartymi w załączniku (rozdział 6) do rozporządzenia, z zastrzeżeniem, że pozaszpitalna część centrów dla dorosłych jest umiejscowiona na obszarze odpowiedzialności terytorialnej wyznaczonym w krajowej sieci
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie/rok

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

1. aktualizacja, poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
 - a. termin realizacji: aktualizacja do 06.2016, potem realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany program, liczba osób korzystających w ciągu roku z poszczególnych form pomocy
2. wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza działaniom, o rozpoznanej skuteczności
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok
3. zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: % udziału wydatków na pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w ogólnych wydatkach PCPR

Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi**Zadania:**

1. zwiększanie, we współdziałaniu z PFRON, dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: roczny raport określający liczbę osób objętych poszczególnymi formami działalności w ciągu roku
2. aktualizacja i wdrażanie, we współdziałaniu z PFRON, lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form zatrudnienia wspieranego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: aktualizacja do 06.2016, potem realizacja ciągła
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany program, roczny raport określający liczbę dostępnych miejsc, liczbę osób objętych różnymi formami działalności
3. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba projektów i pracodawców objętych oddziaływaniem w ciągu roku
4. zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: liczba osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących zatrudnienie na skutek działań PUP/rok

Cel szczegółowy: skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

1. powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu. Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych. Zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną
 - a. termin realizacji: do 03.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: dokument powołujący
2. opracowanie/aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń centrum zdrowia psychicznego
 - a. termin realizacji: do 06.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: przygotowany program
3. realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok
4. przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
 - a. termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2016
 - b. wskaźnik monitorujący: publikacja

Rozdział 6.

NAKŁADY NA REALIZACJĘ NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO (w mln zł)

Komentarz [JW1]: Ta tabela jest do wypełnienia, wpisane są tylko kwoty bez których NPOZ, rozumiany jako program systemowej zmiany systemu ochrony zdrowia psychicznego nie ma szans realnego wdrożenia.

Podmiot	Przeznaczenie środków	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	Razem lata 2016-2020	
Minister Zdrowia	koordynacja							
	badania i systemy informacyjne							
	zwiększenie dostępności świadczeń - tworzenie centrów zdrowia psychicznego	100	100	100	100	100	500	
	Inne inwestycje							
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego	badania naukowe	zgodnie z przepisami regulującymi finansowanie badań naukowych						
Minister Sprawiedliwości	zwiększenie dostępności świadczeń							
	inne inwestycje							
Minister Edukacji Narodowej	zwiększenie dostępności świadczeń							
	inne inwestycje							
Minister Obrony Narodowej	zwiększenie dostępności świadczeń							
	Inne inwestycje							
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	zwiększenie dostępności świadczeń							
	Inne inwestycje							
Minister Pracy i Polityki Społecznej	koordynacja							
	inwestycje							
Razem budżet państwa^{*)}								
Jednostki samorządu terytorialnego (JST) ^{**)}	zwiększenie dostępności świadczeń - tworzenie centrów zdrowia psychicznego	100	100	100	100	100	500	
	Inne inwestycje							
Razem budżet państwa i JST^{*)}								
Narodowy Fundusz Zdrowia	świadczenia zdrowotne							
Razem wydatki na NPOZP^{*)}								

Rozdział 6.

ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

I. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Minimalna dostępność placówek		
A. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
CZP dla dorosłych	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców (średnio na ok. 100 tys.); CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład;	orientacyjny wskaźnik zatrudnienia 1 pracownik/1000 mieszkańców powiatu, grupy powiatów, dużej gminy lub dzielnicy dużego miasta;
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/100-400 tys. mieszkańców (średnio na ok. 200 tys.); CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	orientacyjny wskaźnik zatrudnienia 1 pracownik/1000 mieszkańców powiatu, grupy powiatów, dużej gminy lub dzielnicy dużego miasta;
B. Inne placówki dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Oddziały opiekuńcze (ZPO, ZOL)	1-2 łóżka/10 tys. mieszkańców	
C. Inne placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Oddziały szpitalne	0,4 łóżka/10 tys. mieszkańców	równomiernie
Hostel	1 hostel (20 miejsc)/mln mieszkańców	
D. Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	co najmniej 1 przychodnia/1 powiat (około 50 tys. mieszkańców)	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział (20 miejsc) w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców)	
Oddziały/pododdziały	0,2-0,3 łóżka/10 tys. mieszkańców	

Komentarz [JW2]: tylko łóżka opiekuńcze pozostałyby finansowane wg osobodnia, tak jak i psychiatrycznosądowe, których dostępność regulowana jest w inny sposób; po rozwiązaniu spraw podstawowych, w przyszłości - problem łóżek opiekuńczych powinien być rozwiązywany w inny sposób, poprzez różne formy zakwaterowania chronionego

Komentarz [JW3]: CZP dzieci i młodzieży nie powinny obligatoryjnie zawierać oddziałów szpitalnych, które należałoby albo kontraktować oddzielnie, albo wymagać ich tylko w wybranych centrach, stosownie do potrzeb

Komentarz [JW4]: do dyskusji z PARPA, czy należy coś zmieniać? Pomyśleć o placówkach dla młodzieży (i dzieci)

<i>leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych</i>		
<i>Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu</i>	<i>1,2 łóżka/10 tys. mieszkańców</i>	
<i>Hostele</i>	<i>1 hostel (20 miejsc)/województwo</i>	
E. Placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
<i>Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych</i>	<i>co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach: 50-70 tys. mieszkańców – 1 przychodnia; 70-100 tys. mieszkańców – 2 przychodnie; powyżej 100 tys. mieszkańców – 3 przychodnie</i>	<i>z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie; w tym ośrodki interwencji kryzysowej</i>
<i>Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych</i>	<i>co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/województwo</i>	<i>z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach</i>
<i>Oddziały/łóżka detoksykacyjne</i>	<i>0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców</i>	<i>z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach</i>
<i>Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych</i>	<i>0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców</i>	<i>w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe; z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach</i>
<i>Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych</i>	<i>0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców</i>	
<i>Program leczenia substytucyjnego</i>	<i>w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego</i>	

Komentarz [JW5]: do dyskusji z KBdSN, czy chce coś zmieniać? Pomyśleć o placówkach dla młodzieży (i dzieci)

II. Funkcje, struktura i organizacja Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)

CZP realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

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

Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych

Funkcjonowanie

1. *Kompleksowość opieki* świadczonej przez centrum zdrowia psychicznego wynika:
 - z indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym,
 - ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych,
 - ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń społecznych,
 - z koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych,
 - z dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.
2. *CZP dla dorosłych* tworzy się w celu zapewnienia opieki, na obszarze zamieszkałym przez około 100 tys. (50-200 tys.) mieszkańców (obszar obejmujący określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju: powiat, dużej gminy, dzielnica wielkiego miasta albo kilka sąsiednich jednostek zamieszkałych przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców).
3. *Gęstość sieci* (roz rozmieszczenie) centrów oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa krajowa sieć centrów zdrowia psychicznego ustalona w drodze rozporządzenia ministra zdrowia
4. *Odpowiedzialność terytorialna* oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania centrum.
5. *Umiejscowienie CZP* - pozaszpitalna infrastruktura centrum jest w całości zlokalizowana na obszarze pełnionej odpowiedzialności. W przypadku niedostępności bazy szpitalnej w tym umiejscowieniu, dopuszczalne jest zapewnienie (umowa z podwykonawcą) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi. CZP dla dzieci i młodzieży nie tworzy własnej bazy szpitalnej – korzysta z sieci ponadlokalnych oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży.
6. *Migracja* pacjenta poza obszar odpowiedzialności centrum zobowiązanego do udzielania mu pomocy wymaga uzgodnienia.
7. *Czas dojazdu* pacjenta do centrum nie powinien przekraczać 1 godziny podróży publicznymi środkami transportu.
8. *Pomoc nagląca i pilna* - CZP powinno w miarę możliwości zapewniać natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.
9. *CZP udziela pomocy*
 - 1) *czynnej*, tj. długoterminowego leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów,
 - 2) *długoterminowej* - innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
 - 3) *krótkoterminowej* - osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
 - 4) *doraźnej* – osobom w stanach nagłych i pilnych
 - 5) *konsultacyjnej* - innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad
10. *Pierwsza rejestracja* chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób.
11. *Skierowanie* nie jest wymagane w przypadkach nagłych i pilnych.

Struktura

1. *Centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych* składa się, co najmniej z zespołu:
 - 1) *ambulatoryjnego* (przychodni) - zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgnarskie, interwencje socjalne;
 - 2) *środowiskowego* (mobilnego) - zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
 - 3) *dziennego* - zadania: częściowa hospitalizacja psychiatryczna w celu zintensyfikowania

oddziaływań terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;

- 4) *szpitalnego* - zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem - podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym. Oddziałem szpitalnym kieruje specjalista psychiatra
2. *Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny* zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową - jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę.
3. *CZP ściśle współdziała* w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum.
4. *Inne zespoły* o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniana przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).
5. *Alternatywne formy wsparcia i leczenia* (wobec tradycyjnych np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeśli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeśli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką.
6. *Zespół dziecięco-młodzieżowy* może, jeśli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);
7. *Leczenie uzależnień* – centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych nie organizuje pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Jeśli jednak uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych może funkcjonować zespół leczenia uzależnień.

Warunki organizacyjne

1. *Forma prawna* - centrum stanowi samodzielny podmiot leczniczy lub odrębne przedsiębiorstwo w obrębie większego podmiotu leczniczego.
2. *Zespół (oddział) szpitalny* - może być udostępniany poprzez umowę z innym podmiotem leczniczym.
3. *Finansowanie świadczeń zdrowotnych CZP* jest oparte na zasadzie tzw. globalnego budżetu, tj. ryczałtu wyliczonego według stawki kapitałowej na mieszkańca obszaru odpowiedzialności. Finansowanie świadczeń społecznych wynika z obowiązujących aktualnie regulacji.
4. *Potrzeby inwestycyjne* związane z infrastrukturą centrów pokrywane są z budżetu państwa przy zachowaniu zasady własnego udziału jednostek samorządu terytorialnego, oraz przy ewentualnych wsparciu innych dotacji.
5. *Zatrudnienie i kompetencja* pracowników centrum odpowiada co najmniej warunkom zapisanym w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Zalecany poziom zatrudnienia wynosi 1 pracownik na 1000 mieszkańców obszaru odpowiedzialności.
6. *Dokumentacja* - przez cały okres korzystania ze świadczeń w centrum prowadzona jest jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja.

Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci

Funkcjonowanie

1. *Kompleksowość opieki* świadczonej przez centrum zdrowia psychicznego wynika:
 - z indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym,
 - ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych,

- ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń społecznych,
 - z koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych,
 - z dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.
2. *CZP dla dzieci i młodzieży* tworzy się w celu zapewnienia opieki, na obszarze zamieszkałym przez około 200 tys. (100-400 tys.) mieszkańców (obszar obejmujący określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju: powiat, dużej gminy, dzielnica wielkiego miasta albo kilka sąsiednich jednostek zamieszkałych przez nie więcej niż 400 tys. mieszkańców).
 3. *Gęstość sieci* (rozmieszczenie) centrów oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa krajowa sieć centrów zdrowia psychicznego ustalona w drodze rozporządzenia ministra zdrowia
 4. *Odpowiedzialność terytorialna* oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania centrum.
 5. *Umieszczenie CZP* - infrastruktura centrum jest w całości zlokalizowane na obszarze pełnionej odpowiedzialności. CZP dla dzieci i młodzieży nie tworzy własnej bazy szpitalnej – korzysta z sieci ponadlokalnych oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży.
 6. *Migracja* pacjenta poza obszar odpowiedzialności centrum zobowiązanego do udzielania mu pomocy wymaga uzgodnienia.
 7. *Czas dojazdu* pacjenta do centrum nie powinien przekraczać 1 godziny podróży publicznymi środkami transportu.
 8. *Pomoc nagląca i pilna* - CZP powinno w miarę możliwości zapewniać natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.
 9. *CZP udziela pomocy*
 - 6) *czynnej*, tj. długoterminowego leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów,
 - 7) *długoterminowej* - innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
 - 8) *krótkoterminowej* - osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
 - 9) *doraźnej* – osobom w stanach nagłych i pilnych
 - 10) *konsultacyjnej* - innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad
 10. *Pierwsza rejestracja* chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób.
 11. *Skierowanie* nie jest wymagane w przypadkach nagłych i pilnych.

Struktura

8. *Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży* składa się, co najmniej z zespołu:
 - 1) *ambulatoryjnego* (przychodni) - zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje socjalne;
 - 2) *środowiskowego* (mobilnego) - zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
 - 3) *dziennego* - zadania: częściowa hospitalizacja psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych lub rehabilitacyjnych.
9. *Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny* zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową - jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę.
10. *CZP ściśle współdziała* w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum.
11. *Inne zespoły* o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniana przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń odżywiania, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. wczesna interwencja, pomoc kryzysowa, turnusy).

12. *Alternatywne formy wsparcia i leczenia* (wobec tradycyjnych np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeśli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeśli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką.
13. *Pomoc dla dzieci i młodzieży* może, jeśli lokalne potrzeby i zasoby to uzasadniają, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego z CZP dla dorosłych (jako zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);
14. *Leczenie uzależnień* – centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży nie organizuje pomocy dla dzieci i młodzieży uzależnionej od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Jeśli jednak uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dzieci i młodzieży może funkcjonować zespół leczenia uzależnień.

Warunki organizacyjne

7. *Forma prawna* - centrum stanowi samodzielny podmiot leczniczy lub odrębne przedsiębiorstwo w obrębie większego podmiotu leczniczego.
8. *Finansowanie świadczeń zdrowotnych CZP* jest oparte na zasadzie tzw. globalnego budżetu, tj. ryczałtu wyliczonego według stawki kapitałowej na mieszkańca obszaru odpowiedzialności. Finansowanie świadczeń społecznych wynika z obowiązujących aktualnie regulacji.
9. *Potrzeby inwestycyjne* związane z infrastrukturą centrów pokrywane są z budżetu państwa przy zachowaniu zasady własnego udziału jednostek samorządu terytorialnego, oraz przy ewentualnych wsparciu innych dotacji.
10. *Zatrudnienie i kompetencja* pracowników centrum odpowiada co najmniej warunkom zapisanym w rozporządzeniu oświadczeniach gwarantowanych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Zalecany poziom zatrudnienia wynosi 1 pracownik na 1000 mieszkańców obszaru odpowiedzialności.
11. *Dokumentacja* - przez cały okres korzystania ze świadczeń w centrum prowadzona jest jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja.

Wyspecjalizowane (profilowane i referencyjne) ośrodki psychiatryczne

1. Służą zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych, które wymagają szczególnie **ukierunkowanych, profilowanych** (np. leczenie zaburzeń odżywiania, zaburzeń osobowości) lub **ponadstandardowych, referencyjnych** (np. leczenie zaburzeń psychicznych niepoddających się standardowej terapii) kompetencji, instrumentów diagnostyczno-terapeutycznych lub form organizacyjnych, a jednocześnie nie wymagają umiejscowienia blisko miejsca zamieszkania pacjenta.
2. Podstawą do powołania i finansowania ośrodka wyspecjalizowanych świadczeń psychiatrycznych są rozpoznane, niezaspokojone lub niedostatecznie zaspokojone potrzeby zdrowotne oraz przedstawiony program ich zaspokojenia.
3. Rozpoznanie niezaspokojonych potrzeb następuje na poziomie ponadlokalnym, regionalnym i/lub krajowym i jest podstawą do określenia i - w razie potrzeby - uzupełniania, **ponadlokalnej sieci wyspecjalizowanych ośrodków psychiatrycznych - profilowanych i referencyjnych**.
4. **Program profilowanych świadczeń psychiatrycznych** zawiera określenie: (1) typu adresowanych potrzeb zdrowotnych, (2) przesłanek oczekiwanej skuteczności realizacji, (3) koniecznych kompetencji diagnostyczno-terapeutycznych, (4) rodzaju oferowanych form/ oferowanej formy opieki (ambulatoryjne? dziennej?, stacjonarnej?, zintegrowanej?) i ich wewnętrznej organizacji (5) formy prawnej, umiejscowienia, zatrudnienia i struktury organizacyjnej ośrodka, (6) zasad kierowania, kwalifikowania i oceny efektów i efektywności.
5. **Program referencyjnych świadczeń psychiatrycznych** zawiera określenie: (1) uzasadnienia szczególnie, ponadstandardowej kompetencji diagnostyczno-terapeutycznej, (2) rodzaju oferowanych

form/ oferowanej formy opieki (ambulatoryjne? dziennej?, stacjonarnej?, zintegrowanej?) i ich wewnętrznej organizacji (3) formy prawnej, umiejscowienia, zatrudnienia i struktury organizacyjnej ośrodka, (4) zasad kierowania, kwalifikowania i oceny efektów i efektywności.

6. Świadczenia wyspecjalizowane są finansowane na zasadzie **ryczałtu wyliczonego na osobę lub rozpoznanie (grupę rozpoznań)**.

Rozdział 7.

ZAŁECANE, MINIMALNE, DOCELOWE WSKAŹNIKI ZATRUDNIENIA W WYBRANYCH ZAWODACH ISTOTNYCH DLA PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Oczekiwane zatrudnienie

Zawód	Oczekiwania		Stan obecny
	wskaźnik/100 tys.	liczba*	liczba
Psychiatrzy	20,0	7800	3984
Psychiatrzy dzieci i młodzieży	2,0	780	355
Psychologowie, w tym psychologowie kliniczni, psychoterapeuci	30,0	1170	1750
Pracownicy socjalni	5,0	1900	300
Pielęgniarki, w tym psychiatryczne**	20,0 (40,0)	7800 (15 600)	10000
Terapeuci środowiskowi, w tym specjaliści TS**	40,0 (20,0)	15 600 (7 800)	ok.500
Pielęgniarki i terapeuci środowiskowi łącznie	60,0	23 400	10 500
Terapeuci zajęciowi, rehabilitanci	4,0	1560	560
Specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5,0	1900	608
Instruktorzy zdrowia (ex-in, ex-co)***	?	?	ok. 20

*oczekiwane liczby bezwzględne obliczone w odniesieniu do liczby ludności Polski w roku 2015 – ok. 39 mln., w tym ok. 10% w wieku do 18 lat.

**liczby pielęgniarek i terapeutów środowiskowych powinny się wzajemnie dopełniać wskaźnik do wskaźnika 60/100 tys. , z pozostawieniem minimum 20/100 tys. każdego z nich; wskazane by w przyszłości pielęgniarki osiągały w znacznej części kwalifikacje pielęgniarek psychiatrycznych.

*** wraz z rozwojem opieki środowiskowej, należy przewidywać i przygotowywać rosnącą rolę i udział osób z przebyłym doświadczeniem choroby psychicznej, które po odpowiednim przygotowaniu, będzie można zatrudniać jako instruktorów wspierających proces zdrowienia (tj. odzyskiwania nadziei, tożsamości, sprawczości i znaczenia), a także motywujących do udziału w terapii i odzyskiwaniu niezależnego, dobrego życia. Udział takich „ekspertów przez doświadczenia” upowszechniany w rozwiniętych systemach środowiskowej opieki psychiatrycznej jest uznawany i doceniany. W Polsce dwa ośrodki poświadczają nabywanie takiej kompetencji: Ex-in (Wrocław), Ex-co (Kraków), co stało się udziałem dotychczas ok. 20 osób.