KONCEPCJA ROZWOJU ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I PLANU UMIEJSCOWIENIA CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA TERENIE WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO W LATACH 2020-2022

FILIA PODKARPACKA SEKCJI PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ I REHABILITACJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

RZESZÓW, STYCZEŃ 2020

KONTEKST PRAWNY

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022

ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla dorosłych
1. Funkcjonowanie
Kompleksowość opieki świadczonej przez CZP wynika:
1) z indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym;
2) ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych;
3) z koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych;
4) z dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.

CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze lub innych okoliczności uzasadniających inną liczbę mieszkańców. Gęstość sieci (rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP. **Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP.**

Umiejscowienie CZP – **pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej.** W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (w szczególności umowa z podwykonawcą, konsorcjum) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

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

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

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

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

2. Struktura

CZP dla dorosłych składa się co najmniej z zespołu:
1) ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarskie, interwencje socjalne;

2) środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
3) dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
4) szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.

Personel CZP może pracować jednocześnie w więcej niż jednym zespole.
Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową – jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możności przez całą dobę.
CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum.

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

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

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z późniejszymi zmianami.

§ 11. 1. Świadczeniodawca prowadzący centrum posiada następujące komórki organizacyjne, potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – część VIII kodu resortowego:

1) 4700 Oddział psychiatryczny;
2) 2700 Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny);
3) 1700 Poradnia zdrowia psychicznego;
4) 2730 Zespół leczenia środowiskowego (domowego).

2. W skład centrum mogą wchodzić inne komórki organizacyjne udzielające świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej.

3. Komórki organizacyjne wchodzące w skład centrum są zlokalizowane na obszarze działania centrum.

4. Oddział psychiatryczny i miejsce udzielania pomocy doraźnej mogą być zlokalizowane poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym, jednak nie dalej niż w warunkach bliskiego dostępu.

5. **Świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej mogą być udzielane przez podwykonawcę udzielającego świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy prowadzącego centrum.** Podwykonawca określa komórki organizacyjne, które będą udzielały świadczeń na rzecz centrum zgodnie z pilotażem.

6. Świadczeniodawca prowadzący centrum może zawrzeć umowę z podwykonawcą obejmującą świadczenia udzielane przez inne komórki niż wymienione w ust. 5. Podwykonawca określa komórki organizacyjne, które będą udzielały świadczeń na rzecz centrum zgodnie z pilotażem. Komórki te nie mogą być zgłoszone przez podwykonawcę do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej zawieranej przez niego z Funduszem.

W kontekście brzmienia art.5 pkt.1 **USTAWY** z dnia 27 sierpnia 2004 r. **o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami,** że „ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych" można uznać, że oddział dzienny psychiatryczny (ogólny), poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego (domowego) stanowią szeroko, ustawowo rozumianą ambulatoryjną formę opieki.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	**Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego /skrótowo/**	**Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10**
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych - porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii:	Wymagania dotyczące czasu pracy personelu: 1) lekarz udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 3/4 czasu pracy poradni tygodniowo; 2) psycholog udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
Leczenie środowiskowe (domowe) - porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny; realizowane przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną:	Terapeuta środowiskowy – osoba, która posiada co najmniej wykształcenie średnie i ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu terapii środowiskowej, lub osobę, która posiada wiedzę i umiejętności w zakresie terapii środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonuje obowiązki na stanowisku terapeuty środowiskowego.	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84); Inne zaburzenia psychiczne (F00-F99) wymagające opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.

Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi, powyżej 18 roku życia.	1-2. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc 3) psycholog albo osoba prowadzącą psychoterapię - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc*; 4) osoba prowadząca terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca*; 5) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 4,5 etatu, 2. Pozostałe warunki: zapewnienie pomieszczenia do psychoterapii grupowej i terapii zajęciowej.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99), z wyłączeniem: zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10-F19) oraz upośledzenia umysłowego (F71-F79).
Minimalne wymagania etatowe łącznie dla trzech podstawowych form środowiskowej opieki psychiatrycznej (świadczenia ambulatoryjne, leczenie środowiskowe, świadczenia dzienne): • psychiatra - min. 1,75 etatu • pielęgniarka - min. 4,5 etatu • psycholog/psychoterapeuta - min. 2,33 etatu • terapeuta środowiskowy - 1 etat • terapeuta zajęciowy - 1 etat		
Poniżej są wymienione inne rodzaje świadczeń, które uzupełniają i wzbogacają model środowiskowej opieki psychiatrycznej, które można rozwijać lokalnie w miarę potrzeb i możliwości bez całodobowego oddziału psychiatrycznego.		
Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	**Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego**	**Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10**
Świadczenia psychologiczne - porady lub sesje psychoterapii:	Wymagania dotyczące czasu pracy personelu: psycholog udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 3/4 czasu pracy poradni tygodniowo.	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48); Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59); Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69); Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98).
Leczenie nerwic - porady lub sesje psychoterapii:	Wymagania dotyczące czasu pracy personelu: 1) lekarz udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 3/4 czasu pracy poradni tygodniowo; 2) psycholog udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48); Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59); Zaburzenia osobowości i

	poradni tygodniowo.	zachowania dorosłych (F60-F69); Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03) (tylko dla porady lekarskiej diagnostycznej - w przypadku gdy nie jest możliwe określenie leczonej jednostki chorobowej).
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych obejmujące rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.	1-2. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc 3) psycholog albo osoba prowadzącą psychoterapię, - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc*; 4) osoba prowadząca terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca*; 5) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 4,5 etatu, 2. Pozostałe warunki: zapewnienie pomieszczenia do psychoterapii grupowej i terapii zajęciowej.	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Upośledzenie umysłowe (F70-F79); Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84).
Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub specjalista psychologii klinicznej, lub psycholog kliniczny - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca*; 2) osoba prowadząca psychoterapię - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 8 miejsc*; 3) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 4,5 etatu, 2. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie pomieszczenia do psychoterapii indywidualnej; 2) zapewnienie pomieszczenia do prowadzenia psychoterapii grupowej.	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48); Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59); Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69).

Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca*; 3) psycholog lub osoba prowadząca psychoterapię, - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc*; 4) osoba prowadząca terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca*; 5) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 4,5 etatu, 2. Pozostałe warunki: zapewnienie pomieszczenia do psychoterapii grupowej i terapii zajęciowej.	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39).
Świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej jako długotrwały program rehabilitacyjny dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, oraz ze znacznym stopniem nieprzystosowania, polegający na ich umieszczeniu w warunkach domowych pod opieką wybranych rodzin i pod nadzorem szpitala.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii; 2) pielęgniarki - 4,5 etatu pielęgniarki na 30 pacjentów, lub specjalista psychologii klinicznej, lub psycholog kliniczny 2. Pozostałe warunki: wizyta powinna odbywać się w miejscu pobytu pacjenta w terminie: 1) wizyta pielęgniarska lub psychologiczna - nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu; 2) wizyta lekarska - nie rzadziej niż raz na 2 tygodnie.	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Upośledzenie umysłowe (F70-F79).
Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania, posiadającym 1-3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego, 2) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog, lub osoba prowadząca psychoterapię, -równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego; 3) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 0,3 etatu na łóżko, w tym	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Upośledzenie umysłowe lekkie (F70); Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się

programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych, dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego (hostel), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych.	równoważnik co najmniej 2 etatów: 2. Pozostałe warunki: w przypadku młodzieży - zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej.	zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F94); Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43).

DONIESIENIA Z BADAŃ NAD SKUTECZNOŚCIĄ I EFEKTYWNOŚCIĄ DOBRYCH PRAKTYK W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ ZA GRANICĄ.

Graham Thornicroft, Michele Tansella „W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej", wydanie polskie Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2010.

„Zasadniczo „opieka środowiskowa" (ang. community care) oznacza usługi świadczone niedaleko od domu. Pojęcie „opieka środowiskowa" zostało po raz pierwszy oficjalnie zastosowane w Wielkiej Brytanii w 1957 roku, a historyczny rozwój jego znaczenia był interpretowany na cztery sposoby:
a) opieka poza dużymi instytucjami,
b) profesjonalne usługi świadczone poza szpitalami,
c) opieka w ramach społeczności,
d) normalizacja w życiu codziennym." (str.20)

„Psychiatryczna opieka zdrowotna osadzona w społeczności polega na świadczeniu pełnego zakresu skutecznej opieki psychiatrycznej dla określonej populacji, jest poświęcona leczeniu i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi proporcjonalnie do ich cierpienia lub trudnej sytuacji, we współpracy z innymi organizacjami lokalnymi." G. Thornicroft i M. Tansela , 1999 (str.21)

Podstawowe zasady do zastosowania w procesie rozwoju opieki psychiatrycznej na poziomie lokalnym (str. 49-60)

1. **Autonomia(podmiotowość)** . Właściwość pacjenta, na którą składają się zdolność do podejmowania niezależnych decyzji i wyborów. Autonomia powinna być promowana poprzez efektywne leczenie i opiekę.

2. **Ciągłość opieki.** Zdolność właściwych służb/usług do zaoferowania interwencji w domu pacjenta lub na poziomie lokalnym:

a/ co odnosi się do spójności interwencji w krótszym okresie czasu, zarówno w ramach zespołu terapeutycznego, jak i między zespołami (ciągłość przekrojowa) lub
b/ taka, na którą składa się nieprzerwana seria kontaktów przez dłuższy okres czasu (ciągłość podłużna). Oznacza to ciągłość kontaktu z tą samą grupą terapeutów, nawet jeśli któryś z członków zespołu w międzyczasie podlega wymianie, albo zapewnienie jakiegoś rodzaju ciągłości opieki między kolejnymi epizodami leczenia, na przykład między placówka całodobową a środowiskową.

3. **Efektywność.** Na poziomie lokalnym i konkretnego pacjenta efektywność definiuje się jako „udowodnione, zamierzone korzyści z usług świadczonych w realnych sytuacjach życiowych". Na efektywność składa racjonalne wydawanie środków publicznych na rzecz skuteczności, nie tylko redukcji objawów zaburzeń psychicznych, ale przede wszystkim osiągania dobrostanu psychicznego, poprawy jakości życia, lepszego funkcjonowania osobistego i społecznego.

4. **Dostępność.** Właściwość usług, doświadczana przez użytkowników i ich opiekunów, która umożliwia im korzystanie z opieki zdrowotnej tam, gdzie jest potrzebna i wtedy, gdy jest potrzebna... Dostępność można rozważać w kategoriach dystansu geograficznego lub też czasu potrzebnego do przebycia dystansu między własnym domem a placówką psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Inny rodzaj dostępności oznacza organizację usług psychiatrycznych w taki sposób, żeby korzystanie z nich nie wiązało się z biurokratycznymi opóźnieniami w ocenie stanu pacjenta i jego ewentualnego leczenia (natychmiastowość). W trzecim znaczeniu „dostępność" oznacza, że świadczenia są w równym stopniu dostępne wszystkim potrzebującym, bez względu na jakiekolwiek wybiórcze bariery, które mogłyby zmniejszać możliwość korzystania z usług przez poszczególne grupy pacjentów ze względu na rozpoznanie lub inne podgrupy społeczne. Pojęcie dostępności może mieć również zastosowanie w odniesieniu do czasu otwarcia placówek.

5. **Kompleksowość.** Właściwość usług występująca w dwóch kategoriach:
a/ kompleksowość pozioma oznacza zasięg usług, które mogą obejmować wszystkie stopnie zaawansowania chorób psychicznych oraz szerokie spektrum pacjentów zróżnicowanych ze względu na płeć, wiek, przynależność do grupy etnicznej, diagnozę.
b/ kompleksowość pionowa oznacza dostępność podstawowych elementów składowych opieki (ambulatoria i opieka środowiskowa, opieka dzienna, całodobowe oddziały ostrych zaburzeń, domy opieki długoterminowej, oraz placówki mające styczność z powyższymi) i korzystanie z nich w porządku ważności.

6. **Sprawiedliwość.** Sprawiedliwy podział zasobów. Uzasadnione przydzielanie priorytetów konkurującym potrzebom oraz przejrzystość i jawność metod stosowanych przy przydzielaniu środków.

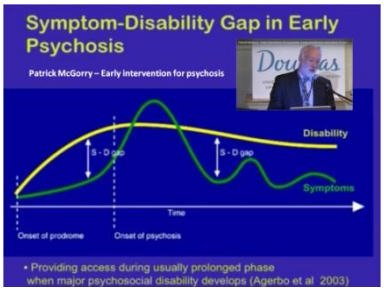
7. **Odpowiedzialność.** Funkcja, na którą składają się złożone i dynamiczne relacje między służbami psychiatrycznej opieki zdrowotnej a pacjentami, ich rodzinami i szerzej rozumianym społeczeństwem, z których wszyscy mają uprawnione oczekiwania co do odpowiedzialnego działania służb/usług opieki zdrowotnej.

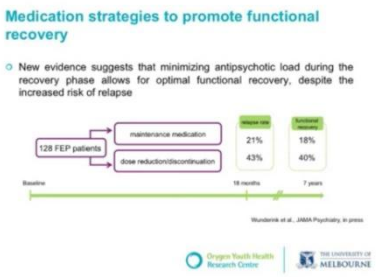
Środowiskowa opieka psychiatryczna nie zastępuje w zupełności opieki szpitalnej na oddziałach psychiatrycznych. W pewnych sytuacjach kryzysowych są wskazania do hospitalizacji na całodobowym oddziale zamkniętym. Jednakże rozwój środowiskowych form opieki psychiatrycznej zwykle redukuje liczbę skierowań do hospitalizacji lub skraca czas pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Z przeglądu badań wynika, że około 30% pacjentów do tej pory leczonych na oddziałach stacjonarnych alternatywną formą pomocy jest opieka na oddziałach dziennych. Szacuje się, że około 23% pacjentów może efektywnie skorzystać z leczenia w warunkach domowych. (str. 77)

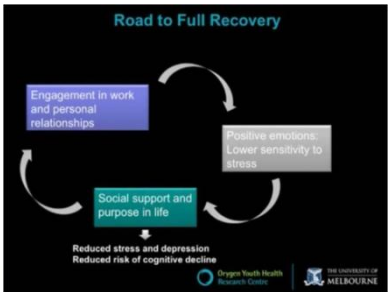
Patrick McGorry wygłosił referat dotyczący wczesnej interwencji w leczeniu psychoz pt. "Early intervention for psychosis: A new architecture and culture of care" (the Douglas Mental Health

University Institute, 27 maja 2013), który jest dostępny w Internecie na stronie https://www.youtube.com/watch?v=uHwquf2ffyQ

Istotne jest rozróżnienie między leczeniem ukierunkowanym na usunięcie objawów psychozy, a leczeniem nastawionym na utrzymanie lub poprawę funkcjonowania osoby doświadczającej kryzysu psychicznego. Relatywnie szybką poprawę objawową i remisję uzyskuje się dzięki farmakoterapii. Jednak w perspektywie wielu lat (co najmniej kliku) poprawę funkcjonowania i „zdrowienie" u osób po kryzysie psychotycznym osiąga się poprzez wsparcie psychospołeczne w utrzymaniu i spełnianiu ról społecznych np. kontynuacja nauki, aktywność zawodowa przy minimalnej dawce leków, nawet z ryzykiem częstszych nawrotów i krótkotrwałych hospitalizacji.







We Włoszech, począwszy od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, szpitale psychiatryczne całkowicie zastąpiono alternatywnymi metodami opieki. Przykładowo, w Trieście i okolicach (około 240 tyś ludności) powstał system środowiskowej opieki psychiatrycznej, w ramach którego działają cztery centra zdrowia psychicznego z opieką ambulatoryjną i domową dostępną 7/24, z 6-8 kryzysowymi miejscami noclegowymi w każdym centrum (razem 24-32). W ogólnym szpitalu wielospecjalistycznym na terenie Triestu funkcjonuje 6-cio łóżkowy oddział psychiatryczny. Oprócz usług medycznych rozwinięty jest system oparcia społecznego, na który składa się 12 grupowych mieszkań chronionych /razem 45 miejsc/, 2 ośrodki wsparcia dziennego /z warsztatami terapii zajęciowej itd./, 15 spółdzielni socjalnych, organizacje samopomocowe osób po kryzysie psychicznym, ich rodzin, inne ośrodki samopomocy, warsztaty edukacyjno-kulturalne…

W Finlandii (zachodnia Laponia) od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku rozwijano środowiskową opiekę psychiatryczną w podejściu „otwartego dialogu", skoncentrowaną na całej rodzinie i sieci społecznej pacjenta. Za podstawę ODA przyjęto tzw. „spotkania otwarte", podczas których spotykają się: osoba w kryzysie, jej bliscy i osoby ważne w ramach jej środowiska oraz profesjonaliści, którzy moderują spotkanie. Praca oparta jest na działalności mobilnych zespołów interwencji kryzysowej, a w procesie terapeutycznym podkreśla się przede wszystkim wagę wykorzystywania zasobów psychologicznych pacjenta. W spotkaniach od samego początku uczestniczą wszyscy mający znaczenie członkowie rodziny i sieci społecznej pacjenta (mogą to być przyjaciele, sąsiedzi, pracownicy opieki społecznej, czasami również współpracownicy, szef, bardzo często lekarz rodzinny). W podejściu otwartego dialogu zakłada się, że objawy pacjenta zwykle wynikają z jego doświadczeń i przeżyć, a ich treść może mieć istotne znaczenie dla jego rozumienia. Często w trakcie spotkań pacjenci poruszają tematy, które nie były poprzednio werbalizowane, a stanowiły istotny problem. Z tego powodu podtrzymuje się intensywny i możliwie częsty kontakt z osobą w kryzysie

psychicznym przy udziale rodziny, osobistej sieci społecznej. O ile to konieczne, farmakoterapia ma na celu umożliwienie kontaktu, a nie usunięcie i stłumienie objawów. Redukcja objawów psychotycznych, nie oznacza jeszcze zdrowia psychicznego. Celem nadrzędnym jest wytworzenie psychoterapeutycznego dialogu, wzmacnianie dorosłej strony pacjenta (unika się koncentracji na zachowaniach regresywnych), dąży się do jak najszybszej normalizacji sytuacji. Przy pierwszym spotkaniu podejmowana jest także decyzja czy pacjent musi trafić do szpitala czy też uda się tego uniknąć.
Podejście otwartego dialogu opiera się na 7 głównych zasadach:

– natychmiastowe wsparcie (w ciągu 24 h od wystąpienia kryzysu) – wczesna interwencja,
– perspektywa sieci społecznych (od początku zaproszenie i uczestnictwo członków rodziny i osobistej sieci osoby w kryzysie psychicznym),
– elastyczność, mobilność (dostosowanie świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny)
– odpowiedzialność (pracownik przyjmujący zgłoszenie jest odpowiedzialny za zorganizowanie dalszej pomocy, nikt nie jest odsyłany)
– ciągłość psychologiczna (nadanie nowego psychologicznego znaczenia objawom, dzielenie doświadczenia),
– tolerancja niepewności (poczucie wystarczającego bezpieczeństwa),
– DIALOG (budowanie nowego rozumienia problemu).

Z badań ewaluacyjnych nad skutecznością podejścia otwartego dialogu wynika, że w pięcioletnim okresie obserwacji (1992-93 i 1994-97) spośród osób po pierwszym epizodzie psychotycznym leczonych tą metodą 85% pacjentów nie miało żadnych utrzymujących się objawów psychotycznych, 85% wróciło do pełnego zatrudnienia (w porównaniu do 46 % w grupie kontrolnej), pacjenci ci byli znacznie rzadziej hospitalizowani w porównaniu do osób poddanych tradycyjnej terapii. Tylko 1/3 pacjentów używała przewlekle leków przeciwpsychotycznych (100% w grupie kontrolnej). Z dodatkowych badań wynika , że w ciągu ostatnich 25 lat stosowania podejścia opartego na otwartym dialogu występowanie schizofrenii w tym konkretnym rejonie (Zachodnia Laponia) znacząco spadło (w latach 80-tych określane było jako bardzo wysokie tj. 35 nowych przypadków/100 000 rocznie). Zachorowalność na schizofrenię zmniejszyła się o 90%. W dziesięcioletnim okresie obserwacji (badanie przeprowadzono w okresie 2003-2005 dotyczyło pacjentów objętych opieką od 1990 r.) potwierdzono utrzymanie wyników osiągniętych po pierwszym epizodzie. Okres DUP (nieleczonej psychozy) uległ skróceniu z 3 miesięcy w pierwszym badaniu do 3 tygodni. Dodatkowo badacze zaobserwowali spadek liczby samobójstw (co wiążą ze stałym wsparciem społecznym).

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJ. PODKARPACKIEGO - OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH (Rzeszów, sierpień 2018)

WSTĘP

Na podstawie art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018, poz. 1510 ze zm.), mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości Wojewoda Podkarpacki w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustalił Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego (zwane dalej priorytetami lub PRPZ) obowiązujące od 1stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021r.

Opracowanie wskazuje na priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na podstawie zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych wynikających z analizy i diagnozy stanu opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa szpitalnego w województwie podkarpackim.

Priorytety zostały opracowane na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Województwa Podkarpackiego, Krajowych ram strategicznych – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, propozycji członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Podkarpackiego oraz innych danych będących w dyspozycji Wojewody.

1. ANALIZA I DIAGNOZA

Stan docelowy

Uzyskanie wysokiego poziomu rozwoju profilaktyki chorób, diagnostyki i stanu medycyny naprawczej ukierunkowanych na główne problemy epidemiologiczne w województwie podkarpackim poprzez:

....

• wzmocnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego – dążenie do modelu środowiskowego, określonego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – tworzenie w powiatach Centrów Zdrowia Psychicznego,

.....

Stan aktualny

Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego w dniu 31.12.2016 r. województwo podkarpackie zamieszkiwało 2 127 656 osób. Było to dziewiąte pod względem liczby ludności województwo w Polsce...

W psychiatrycznej opiece stacjonarnej w 5 podmiotach stacjonarnych działały 2 szpitale i 3 ośrodki leczenia odwykowego z 805 łóżkami (w szpitalach – 720 łóżek)....

W przypadku ZPO tylko w czterech placówkach średni czas oczekiwania jest mniejszy od 100 dni, w pozostałych wynosi co najmniej pół roku lub prawie jeden rok, a na świadczenia oczekuje od kilku do ponad 50 osób. W części ZOL-i czas oczekiwania nie przekracza trzech miesięcy, jednakże w prawie połowie jest dużo dłuższy, **a w trzech jednostkach (w tym obydwu psychiatrycznych) wynosi około 2 lata**....

Zdefiniowano 6 grup priorytetów:

...

PRIORYTET IV – Wzmocnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego,

....

Priorytet nr IV Wzmocnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego	
Cel 1: Poprawa dostępności, jakości oraz kompleksowości leczenia pozaszpitalnego.	**Horyzont - czas realizacji:** długoterminowy
	Preferowane sposoby realizacji: 1. Tworzenie centrów zdrowia psychicznego na obszarach woj. nie posiadających pełnego dostępu do świadczeń w tej dziedzinie, jako ośrodka zapewniającego oraz koordynującego dostęp do różnych form opieki psychiatrycznej.
	Proponowane mierniki i czas oceny: Liczba powstałych centrów. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne.
	Uzasadnienie: 1 lipca 2018 r. rozpoczął się formalny pilotaż wdrożenia centrów zdrowia psychicznego. Od 1 października 2018 r. funkcjonować ma 29 centrów zdrowia psychicznego w Polsce (w ramach pilotażu). W skład CZP wchodzi co najmniej poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego (domowego), oddział dzienny i oddział całodobowy. Osoba zgłaszająca się do CZP trafi nie do rejestracji a do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK) w którym profesjonalista (psycholog, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta środowiskowy) dokona oceny oraz ustali wstępny plan pomocy.

Cel 2: Poprawa sieci rozmieszczenia łóżek szpitalnych.	**Horyzont - czas realizacji:** krótkoterminowy
	Preferowane sposoby realizacji: 1.Modernizacja istniejących oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w celu poprawy warunków pobytu pacjentów i jakości leczenia. Zwiększenie liczby łóżek psychiatrycznych w centralnej części województwa poprzez rozbudowę Klinicznego Oddziału Psychiatrii. Utworzenie nowych oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych na potrzeby Centrów Zdrowia Psychicznego przy równoczesnym zmniejszaniu liczby łóżek ogólnopsychiatrycznych w największych szpitalach psychiatrycznych. Utworzenie nowych oddziałów dziennych psychiatrycznych i zespołów leczenia środowiskowego, w celu spełnienia wymogów niezbędnych do utworzenia CZP. 2. Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży z równoczesnym podziałem ze względu na kryterium wieku. 3. Utworzenie centrum leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych obejmującego: oddział krótkoterminowej terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, oddział leczenia zespołów abstynencyjnych, oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi. 4. Utworzenie ośrodka terapii zaburzeń odżywiania dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.
	Proponowane mierniki i czas oceny: Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców w korelacji ze wskaźnikiem wysokości kontraktowanych środków na 10 tys. mieszkańców (NFZ).
	Uzasadnienie: Mimo ogólnoświatowego trendu ograniczania liczby łóżek stacjonarnych na korzyść środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz funkcjonowania w województwie podkarpackim dwóch szpitali specjalistycznych psychiatrycznych zauważa się nierówny dostęp do stacjonarnej opieki szczególnie w regionie rzeszowskim (Rzeszów i powiaty: kolbuszowski, ropczycko-sędziszowski, rzeszowski oraz strzyżowski), zamieszkiwanym przez ponad 550 tys. osób co uzasadnia zwiększenie liczby łóżek. Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w województwie.

ZAŁOŻENIA PLANU ROZWOJU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I UMIEJSCOWIENIA CZP W WOJEWÓDZTWIE PODKARPACKIM

Środowiskowa opieka psychiatryczna opiera się na bio-psycho-społecznym modelu funkcjonowania człowieka i rozumienia zaburzeń psychicznych. W odróżnieniu od typowych chorób somatycznych, które wynikają z uszkodzenia lub dysfunkcji narządów ciała, zaburzenia psychiczne są splotem wzajemnych oddziaływań czynników biologicznych, psychicznych i społecznych. Kryzys psychiczny jest sposobem adaptacji, radzenia sobie ze stresem psychicznym na podłożu biologicznym z w interakcji z otoczeniem społecznym, szerszym środowiskiem. W związku ze specyficzną bio-psycho-społeczną naturą zaburzeń psychicznych opieka psychiatryczna wymaga kompleksowych i skoordynowanych oddziaływań bio-psycho-społecznych, prowadzonych przez wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne. Sposób organizacji opieki zdrowia psychicznego ma zapewnić dostęp do leczenia biologicznego, pomocy psychologicznej i oparcia społecznego w różnym zestawieniu i stopniu intensywności w zależności od indywidualnych potrzeb i okoliczności.

Kompleksowa opieka psychiatryczna składa się z czterech form opieki: ambulatoryjnej, domowej, dziennej i stacjonarnej. Potrzeby większości osób dorosłych z problemami zdrowia psychicznego są zaspokajane w ramach opieki ambulatoryjnej, w poradniach zdrowia psychicznego lub poradniach psychologicznych. W większości przypadków wystarczająca jest ambulatoryjna pomoc psychologiczna, psychoterapia i ewentualnie farmakoterapia, udzielana w gabinecie specjalisty. Jednakże, około 30 % pacjentów doświadcza ostrych lub ciężkich kryzysów psychicznych z poważnymi i przewlekłymi trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. Oni potrzebują wieloaspektowej opieki czynnej, z dodatkową opcją leczenia domowego, opieki na oddziale dziennym, hospitalizacji na oddziale stacjonarnym oraz oparcia społecznego w formie: specjalistycznych usług opiekuńczych, środowiskowego domu i klubu samopomocy, mieszkania chronionego, aktywizacji zawodowej. W związku z powyższym docelowo w każdym powiecie powinny funkcjonować wszystkie formy środowiskowej opieki psychiatrycznej i oparcia społecznego. Szpitalna opieka psychiatryczna na oddziale całodobowym może być zorganizowana dla mieszkańców więcej niż jednego powiatu.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 określa, że utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego jest zadaniem samorządu powiatowego. Zadania CZP może realizować jeden lub wiele podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych), które razem mają zapewnić kompleksową, zindywidualizowaną, zróżnicowaną, skoordynowaną opiekę psychiatryczną z oparciem społecznym dla mieszkańców danego powiatu będących w potrzebie. W kwestii umiejscowienia CZP wytyczną jest zapis, że „**pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej**”. Konsekwentnie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego przyjęto, że CZP może być prowadzone przez podmiot leczniczy wraz z podwykonawcami, także wtedy, gdy oddział stacjonarny znajduje się poza terenem działania centrum, z umową o dostępie pacjentów do opieki całodobowej. Dla przejrzystości, CZP ze środowiskowymi formami opieki bez oddziału stacjonarnego w tym opracowaniu będzie nazywane jako „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego” (ŚCZP), zaś w przypadku prowadzenia wszystkich form opieki psychiatrycznej, włącznie z leczeniem szpitalnym, będzie to „Ogólne Centrum Zdrowia Psychicznego” (OCZP). W minimalnym zakresie ŚCZP dla dorosłych składa się z poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego i oddziału dziennego psychiatrycznego. W poszerzonym zakresie w jego skład wchodzi poradnia psychologiczna, poradnia i oddział leczenia nerwic, oddziały dzienne rehabilitacyjny i psychogeriatryczny, oraz świadczenia udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania (hostel, łóżka kryzysowe).

Wiadomo, że wieloletnie zaniedbania i niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce dotyczy wszystkich form opieki psychiatrycznej, w tym lecznictwa stacjonarnego. W każdym zakresie jest potrzeba zwiększenia nakładów i doinwestowania. Jednakże należy przyjąć, że priorytetem jest rozwijanie środowiskowych form opieki psychiatrycznej, na bazie działających istniejących już zespołów terapeutycznych w poradniach zdrowia psychicznego, z poszerzaniem zakresu działania o leczenie domowe i opiekę dzienną. Z doświadczeń i praktyk na całym świecie wiadomo, że rozwijanie środowiskowej opieki psychiatrycznej skoordynowanej z oparciem społecznym powoduje zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę stacjonarną, która zwykle przekształca się w kierunku wysokospecjalistycznym, dla bardzo ciężkich i złożonych przypadków zaburzeń psychicznych. Obecna sieć stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim jest na granicy wydolności, a w niektórych częściach regionu są znaczne utrudnienia w dostępności. Jednakże dostępność do środowiskowych form opieki jest znacząco bardziej ograniczona, a czasami wręcz niemożliwa. Sytuację w podkarpackiej ochronie zdrowia psychicznego ilustrują poniższe dane w zestawieniach tabelarycznych.

FORMA OPIEKI	Liczba pacjentów z rozpoznaniem F0*,F2*,F3*,F84 w 2018 r.		F00-F09		F20-F29		F30-F39		F84	
PZP	42371	100,0%	12 568	100,0%	10 212	100,0%	19 391	100,0%	181	100,0%
ZLŚ	636	1,5%	255	2,0%	257	2,5%	123	0,6%	1	0,6%
O/DZIENNY	935	2,2%	236	1,9%	324	3,2%	370	1,9%	0	0,0%
O/CAŁODOBOWY	4047	9,6%	1 325	10,5%	1 766	17,3%	955	4,9%	1	0,6%

Źródło danych: Oddział Podkarpacki NFZ

Powyższa tabela pokazuje liczbę pacjentów w wybranych czterech grupach rozpoznań, które są wskazane do opieki w Zespole Leczenia Środowiskowego (tożsame z opieką czynną). Z danych wynika, że zaledwie 3,2% pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi jest objętych opieką środowiskową lub dzienną. Zgodnie z literaturą przedmiotu, wszyscy pacjenci z rozpoznaniem ciężkich zaburzeń psychicznych mają trudności z funkcjonowaniem społecznym i wymagają oprócz farmakoterapii, wsparcia psychospołecznego. W województwie podkarpackim, podobnie jak w całej Polsce, tak się nie dzieje. Dane wskazują na to, że nadal powszechne jest zjawisko „drzwi obrotowych" w opiece psychiatrycznej. W kryzysie psychicznym pacjenci są hospitalizowani, a potem przy wypisie odsyłani do poradni zdrowia psychicznego, gdzie często leczenie sprowadza się do farmakoterapii. Około połowa pacjentów przerywa zażywanie leków psychotropowych, co przyspiesza nawrót choroby i ponowną hospitalizację. Członkowie rodzin wikłają się w kontrolę zażywania leków. Dom rodzinny zamienia się w quasi „oddział psychiatryczny". Pacjenci stają się trwale niepełnosprawni psychicznie i społecznie, zaś ich bliscy doświadczają wypalenia.

Kod terytorialny	**Powiat**	Liczba pacjentów korzystających z sesji wsparcia psychospołecznego w opiece ambulatoryjnej (rok 2018)
1802	brzozowski	10
1803	dębicki	2
1808	leżajski	2
1815	ropczycko-sędziszowski	2
1816	rzeszowski	6
1819	strzyżowski	2
1820	tarnobrzeski	2
1861	Krosno	0
1863	Rzeszów	12
Razem		**38**

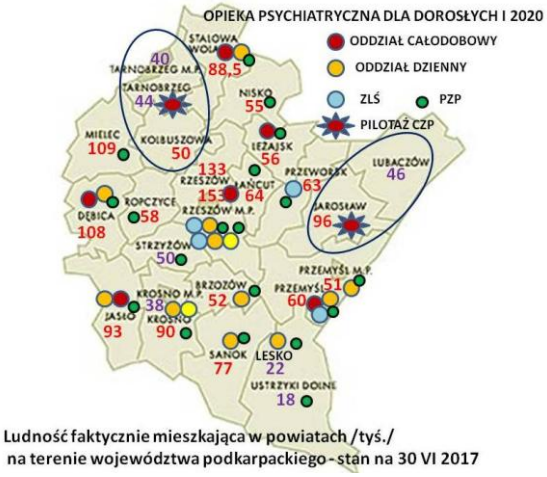
W powiecie brzozowskim 3 przypadki z rozpoznaniem F84
W powiecie tarnobrzeskim 2 przypadki z rozpoznaniem F30-F39
4 przypadki z rozpoznaniem F40-F48
14 przypadki z rozpoznaniem F51-F59
8 przypadków z rozpoznaniem F60-F69
4 przypadki z rozpoznaniem F70-F79
5 przypadków z rozpoznaniem F90-F99

Tabela ilustrująca liczbę orzeczeń o niepełnosprawności psychicznej P-02 dla osób powyżej 16 roku życia wydanych w okresie od stycznia 2016 do kwietnia 2017 w poszczególnych powiatach na terenie województwa podkarpackiego.

Powiat	Razem P-02 16+	Ludność +19	Promil ogółu	Stopień znaczny	Stopień umiarkowany	Wskaźnik U/Z	pracujący	nie-pracujący	Wskaźnik P/NP
bieszczadzki	111	17 932	**6,2**	21	77	**3,7**	16	95	**0,17**
brzozowski	422	52 213	**8,1**	160	238	**1,5**	118	304	**0,39**
dębicki	661	107 766	**6,1**	140	350	**2,5**	193	468	**0,41**
jarosławski	858	97 516	**8,8**	223	576	**2,6**	138	720	**0,19**
jasielski	1 069	92 979	**11,5**	182	852	**4,7**	254	815	**0,31**
kolbuszowski	313	50 122	**6,2**	64	156	**2,4**	21	292	**0,07**
Krosno	729	38 326	**19,0**	64	488	**7,6**	310	419	**0,74**
krośnieński	1 556	89 404	**17,4**	132	954	**7,2**	769	787	**0,98**
leski	140	21 782	**6,4**	30	86	**2,9**	19	121	**0,16**
leżajski	310	55 848	**5,6**	89	132	**1,5**	74	236	**0,31**
lubaczowski	287	45 734	**6,3**	100	160	**1,6**	32	255	**0,13**
łańcucki	531	63 695	**8,3**	103	242	**2,3**	139	392	**0,35**
mielecki	865	109 324	**7,9**	208	447	**2,1**	219	646	**0,34**
niżański	433	54 668	**7,9**	125	264	**2,1**	68	365	**0,19**
przemyski	444	59 537	**7,5**	123	276	**2,2**	69	375	**0,18**
Przemyśl	498	51 401	**9,7**	142	293	**2,1**	87	411	**0,21**
przeworski	483	63 005	**7,7**	70	340	**4,9**	160	323	**0,50**
ropczycko-sędziszowski	582	58 142	**10,0**	199	356	**1,8**	143	439	**0,33**
rzeszowski	1 002	132 687	**7,6**	57	297	**5,2**	554	448	**1,24**
Rzeszów	989	152 866	**6,5**	36	457	**12,7**	378	611	**0,62**
sanocki	711	77 095	**9,2**	72	450	**6,3**	242	469	**0,52**
stalowowolski	1 191	88 456	**13,5**	186	881	**4,7**	501	690	**0,73**
strzyżowski	461	49 620	**9,3**	25	244	**9,8**	241	220	**1,10**
Tarnobrzeg	288	39 616	**7,3**	76	205	**2,7**	3	285	**0,01**
tarnobrzeski	338	43 663	**7,7**	88	239	**2,7**	11	327	**0,03**
	15 272	**1 713 397**	**8,9**	2 715	9 060	**3,3**	4 759	10 513	**0,45**

W zestawieniu do 15 272 osób z orzeczeniem niepełnosprawności psychicznej, w 2018 roku opieką środowiskową było objętych 636 (4,2%) , zaś opieką dzienną 935 (6,1%).

Mapa ilustrująca stan opieki psychiatrycznej na początku 2020 roku na terenie województwa podkarpackiego.



Na terenie województwa podkarpackiego są testowane dwa programy pilotażowe CZP - jeden prowadzi Szpital Powiatowy w Nowej Dębie na obszarze m.Tarnobrzeg, powiaty tarnobrzeski i kolbuszowski oraz drugi prowadzi Szpital Psychiatryczny w Jarosławiu na obszarze powiatów jarosławskiego i lubaczowskiego. Na terenie Rzeszowa i Przemyśla z powiatem przemyskim są skoncentrowane cztery formy opieki psychiatrycznej (ambulatoryjna, środowiskowa, dzienna, stacjonarna). Jednakże działa tam wiele podmiotów leczniczych. Utworzenie CZP wymaga porozumienia i współpracy wszystkich świadczeniodawców dla zachowaniu ciągłości opieki dla świadczeniobiorców.

Mapa sieci Środowiskowych Centrum Zdrowia Psychicznego w województwie podkarpackim z prezentacją głównych kierunków migracji pacjentów do opieki stacjonarnej w aktualnie umiejscowionych oddziałach psychiatrycznych.

Mapa kierunków „migracji" pacjentów do stacjonarnej opieki psychiatrycznej powstała w oparciu o dane z Podkarpackiego Oddziału NFZ za 2017 rok. Poniższa tabela ilustruje procentowy rozkład, ilu pacjentów, mieszkańców danego powiatu, było hospitalizowanych w poszczególnych placówkach.

Procentowy rozkład pacjentów hospitalizowanych w 2017 roku	**Lokalizacja stacjonarnego oddziału psychiatrycznego ogólnego**										
Powiat	**Dębica**	**Jarosław**	**Jasło**	**Leżajsk**	**Nowa Dęba**	**Rzeszów**	**Stalowa Wola**	**Żurawica k/Przemyśl**	**Razem**	**Ludność 19+**	**Promil**
Ogółem	**19%**	**23%**	**6%**	**10%**	**16%**	**5%**	**6%**	**15%**	**6318**	**1 713 397**	**4,0**
bieszczadzki	0%	23%	2%	9%	0%	2%	2%	**62%**	47	17 932	3,3
brzozowski	2%	26%	3%	3%	0%	4%	0%	**62%**	117	52 213	2,3
dębicki	**97%**	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1%	520	107 766	**4,8**
jarosławski	0%	**91%**	0%	5%	0%	0%	0%	4%	478	97 516	**6,5**
jasielski	2%	2%	**92%**	0%	0%	0%	0%	3%	238	92 979	2,5
kolbuszowski	5%	5%	0%	3%	**84%**	3%	1%	1%	265	50 122	**5,2**

krośnieński	3%	**44%**	**30%**	2%	1%	2%	0%	**19%**	178	89 404	2,0
leżajski	0%	4%	0%	**92%**	2%	1%	1%	1%	305	55 848	**5,5**
lubaczowski	0%	**91%**	0%	0%	1%	1%	0%	7%	164	45 734	**4,4**
łańcucki	6%	**62%**	0%	0%	2%	**18%**	0%	11%	87	63 695	3,1
mielecki	**74%**	1%	0%	4%	**18%**	1%	1%	1%	339	109 324	3,1
niżański	1%	4%	0%	**19%**	8%	0%	**67%**	2%	144	54 668	2,5
przemyski	0%	5%	0%	1%	0%	0%	0%	**93%**	255	59 537	**6,2**
przeworski	0%	**84%**	0%	**9%**	0%	1%	0%	5%	283	63 005	**5,3**
ropczycko-sędziszowski	**83%**	5%	0%	1%	1%	6%	1%	3%	215	58 142	3,6
rzeszowski	6%	**34%**	0%	**18%**	3%	**33%**	1%	5%	249	132 687	2,1
sanocki	2%	**29%**	2%	2%	0%	4%	1%	**61%**	127	77 095	1,9
stalowowolski	1%	1%	0%	2%	7%	0%	**87%**	1%	288	88 456	3,2
strzyżowski	12%	**32%**	14%	7%	4%	**24%**	0%	6%	97	49 620	2,1
tarnobrzeski	0%	3%	0%	1%	**93%**	0%	2%	1%	322	43 663	**7,3**
leski	2%	**25%**	2%	0%	0%	0%	0%	**72%**	60	21 782	3,1
Krosno	3%	**37%**	**33%**	2%	1%	4%	1%	**20%**	111	38 326	2,9
Przemyśl	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	**95%**	283	51 401	**8,7**
Rzeszów	7%	**32%**	0%	9%	4%	**37%**	2%	8%	299	152 866	2,1
Tarnobrzeg	1%	2%	0%	0%	**96%**	0%	1%	0%	263	39 616	**6,8**
spoza/brak danych	**37%**	**16%**	3%	9%	**17%**	3%	5%	9%	473		

Analiza powyższych danych pozwala zauważyć, że niektóre szpitale zaspokajają potrzeby na całodobową opiekę psychiatryczną mieszkańców od jednego do trzech powiatów.
Szpital Powiatowy w Dębicy/Straszęcin: powiat dębicki, ropczycko-sędziszowski, mielecki
Szpital Powiatowy w Nowej Dębie: powiat tarnobrzeski, kolbuszowski, m.Tarnobrzeg
Szpital Powiatowy w Stalowej Woli: powiat stalowowolski, niżański
Szpital Powiatowy w Leżajsku: powiat leżajski
Szpital Powiatowy w Jaśle: powiat jasielski
W tych placówkach, z wyjątkiem Szpitala Powiatowego w Dębicy/Straszęcin, zasadne byłoby utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego w wersji ogólnej, zintegrowanych czterech form opieki psychiatrycznej. W przypadku powiatów dębickiego, ropczycko-sędziszowskiego i mieleckiego to ich łączna liczby dorosłych mieszkańców wynosi około 275 tyś., co znacznie przekracza ustawowy limit 200 tyś. Do czasu otwarcia oddziału psychiatrycznego w Mielcu, w trudnej do określenia przyszłości, na terenie powiatu mieleckiego powinno powstać Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego. Należy przy tym podkreślić, że w ramach CZP działającego na obszarze dwóch lub trzech powiatów powinny być rozwinięte wszystkie formy opieki środowiskowej w każdym z tych powiatów. Wykluczona jest koncentracja świadczeń psychiatrycznych, poza opieką stacjonarną, w jednym miejscu.

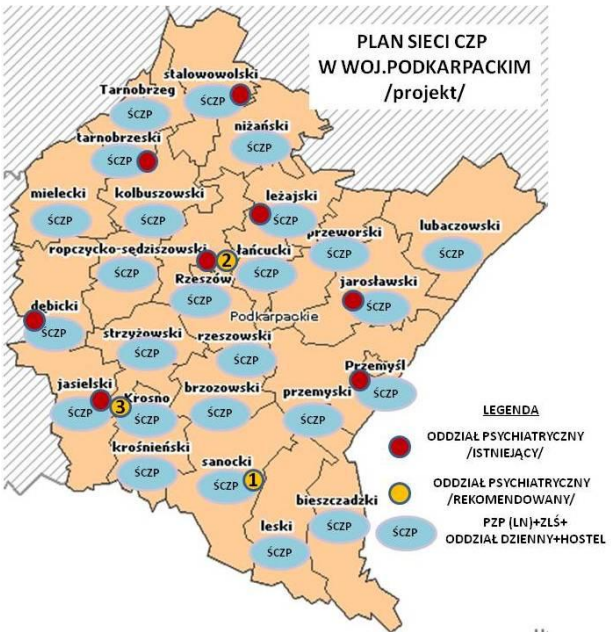
Na przykładzie danych z NFZ za 2018 rok dotyczących mieszkańców Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego można zauważyć prawidłowość, że rok do roku proporcje są zachowane. Kierunki „migracji" pacjentów mają względnie trwały charakter.

Podmioty prowadzące oddziały psychiatryczne ogólne	**Mieszkańcy Rzeszowa**		**Mieszkańcy powiatu rzeszowskiego**	
	2017 (219)	**2018 (533)**	**2017 (249)**	**2018 (481)**
Zespół Opieki Zdrowotnej **w Dębicy**	7,0%	4,5%	6,0%	2,5%
Szpital Specjalistyczny **w Jaśle**	0,0%	1,5%	0,0%	0,4%
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki	9,0%	11,6%	18,0%	20,2%

Zdrowotnej **w Leżajsku**				
Szpital Powiatowy **w Nowej Dębie**	4,0%	3,6%	3,0%	5,0%
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny **w Stalowej Woli**	2,0%	0,8%	1,0%	0,8%
Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Profesora Antoniego Kępińskiego **w Jarosławiu**	32,0%	28,3%	34,0%	31,6%
Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego **w Żurawicy**	8,0%	6,6%	5,0%	7,9%
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina **w Rzeszowie**	37,0%	43,2%	33,0%	31,6%

Oddział psychiatryczny Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie jest zbyt mały i nie zaspokaja potrzeb stacjonarnej opieki psychiatrycznej aglomeracji rzeszowskiej: mieszkańców Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego, a tym bardziej powiatu strzyżowskiego i łańcuckiego. Poza Jasłem, w południowej części województwa podkarpackiego nie ma oddziałów psychiatrycznych. Te potrzeby mieszkańców z centralnej i południowej części regiony zaspokajają głównie dwa marszałkowskie szpitale psychiatryczne w Jarosławiu i Żurawicy pod Przemyślem. Tak więc rozszerzanie psychiatrycznej bazy łóżkowej oznaczać będzie zmniejszenie zapotrzebowania na te świadczenia przede wszystkim w tych dwóch placówkach.

Mapa sieci Środowiskowych Centrum Zdrowia Psychicznego z opcją rozszerzenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej w Rzeszowie, Jaśle lub Krośnie, Sanoku z założeniem, że we wszystkich powiatach zostaną rozwinięte środowiskowe formy opieki psychiatrycznej.



Poniższa mapa sieci CZP z oddziałami stacjonarnymi została opracowana na podstawie kryterium ludnościowego do 200 tyś. mieszkańców z pominięciem realnie istniejących powiązań i rozwiązań funkcjonalnych. Wówczas uwidacznia się, że w województwie podkarpackim brakuje pięciu nowych całodobowych oddziałów psychiatrycznych. W wielu miejscach wymagałoby to lokalnych konsultacji i uzgodnień. Połączenie powiatu leżajskiego i przeworskiego na mapie wydaje się uzasadnione. W praktyce mieszkańcy powiatu przeworskiego leczą się najczęściej w szpitalu jarosławskim. Tym

bardziej włączenie do takiego CZP powiatu łańcuckiego spotęgowałoby ten problem. Z oddziału psychiatrycznego w Leżajsku korzystają przede wszystkim mieszkańcy powiatu leżajskiego, a w drugiej kolejności powiatu rzeszowskiego. Ponadto na poniższej mapie został podzielony powiat rzeszowski na część północną z powiatem łańcuckim oraz część południową z powiatem strzyżowskim. Powiat rzeszowski jest bardzo rozciągnięty w kierunku południkowym: północ-południe. Stąd widać, że „arytmetyczno-kartograficzne" budowanie sieci CZP w oderwaniu od realnej sytuacji instytucjonalnej i funkcjonalnych powiązań nie jest właściwą drogą.

Szczególnie złożona sytuacja jest w aglomeracji rzeszowskiej. W Rzeszowie funkcjonuje wiele podmiotów leczniczych prowadzących opiekę psychiatryczną w różnej formie. Planowanie umiejscowienia CZP wymaga szerokich konsultacji i uzgodnień między władzami samorządowymi różnych szczebli i wszystkimi leczniczymi. Sytuację ilustruje poniższe zestawienie danych.

Analiza dotycząca opieki psychiatrycznej dotyczącej mieszkańców Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego

	Mieszkańcy Rzeszowa	Mieszkańcy powiatu rzeszowskiego
Łącznie leczonych w PZP	14771 (100%)	10392 (100%)
Leczenie prowadzone przez podmioty lecznicze działające na terenie Rzeszowa	14144 (95,8%)	9619 (92,6%)
Leczenie prowadzone przez podmioty lecznicze funkcjonujące poza terenem Rzeszowa	627 (4,2%)	773 (7,4%)

Nazwa świadczeniodawcy	Udział w „rynku usług" dla mieszkańców Rzeszowa % z sumy 16 678 leczonych w PZP + PP + LN (19+) w 2018	Udział w „rynku usług" dla mieszkańców powiatu rzeszowskiego % % z sumy 11 142 leczonych w PZP + PP + LN (19+) w 2018
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie	**19,3%**	9,0%
Wojewódzki Zespół Specjalistyczny w Rzeszowie	17,9%	**21,8%**
JUSTMED - PSYCHIATRIA NZOZ	9,8%	10,2%
Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w	6,8%	5,2%

Rzeszowie		
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Homo Homini" Spółka z o.o.	6,7%	8,3%
Podkarpackie Centrum Psychiatrii, Psychoterapii i Ekspertyz Sądowych -A.Mierzwińska-Obara Spółka Komandytowa	6,1%	6,7%
Centrum Medyczne MEDYK spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa	5,6%	4,8%
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie	5,6%	4,5%
Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie	5,6%	15,4%
NZOZ ANIMA Centrum Psychiatrii	4,7%	3,5%
LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	4,4%	4,0%
NZOZ MEDIKAL	3,7%	2,7%
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	2,2%	2,5%
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	1,4%	1,6%
Podkarpacki Ośrodek Seksuologii i Psychoterapii	0,2%	0,1%
Centrum Zdrowia Psychicznego "Nervus"	0,1%	0,0%

Liczba pacjentów leczonych na oddziale psychiatrycznym Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie w 2018 roku z uwzględnieniem miejsca ich zamieszkania.

Kod	Mieszkańcy powiatu	Liczba pacjentów (łącznie 560)	Procent
1863	Rzeszów	230	41,10%
1816	rzeszowski	152	27,10%
1810	łańcucki	47	8,40%
1819	strzyżowski	33	5,90%
1815	ropczycko-sędziszowski	23	4,10%
1802	brzozowski	12	2,10%
1817	sanocki	9	1,60%
1806	kolbuszowski	8	1,40%
1811	mielecki	8	1,40%
1804	jarosławski	6	1,10%
1807	krośnieński	6	1,10%
1814	przeworski	6	1,10%
1803	dębicki	4	0,70%
1861	Krosno	4	0,70%
1862	Przemyśl	4	0,70%
1819	stalowowolski	4	0,70%
1805	jasielski	2	0,40%
1808	leżajski	2	0,40%
1812	niżański	0	0,00%

WNIOSKI KOŃCOWE

Plan umiejscowienia Centrum Zdrowia Psychicznego powinien się opierać na założeniu, że w każdym powiecie zostaną rozwinięte wszystkie formy opieki środowiskowej. Generalnie powinny powstawać funkcjonalne Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego. W kilku przypadkach: Leżajsk, Stalowa Wola, Nowa Dęba, Straszęcin/Dębica, Jasło można utworzyć „ogólne" Centra Zdrowia Psychicznego z opieką stacjonarną włącznie. W pozostałych przypadkach Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego będą współpracować z oddziałami psychiatrycznymi poza terenem ich działania według uznania.

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa wymóg zachowania „ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej" poprzez taką ich organizację, aby zapewnić kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczyć ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów". Tak więc, wszelkie przekształcenia organizacyjne w opiece psychiatrycznej, poczynając od opracowania planu umiejscowienia CZP powinny odbywać się przy udziale wszystkich podmiotów leczniczych oferujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej i psychologicznej oraz władz samorządów powiatowych i samorządu wojewódzkiego. Na podstawie bieżących danych o liczbie pacjentów z każdego powiatu, którzy byli objęci opieką stacjonarną na oddziałach psychiatrycznych u poszczególnych świadczeniodawców można określić preferencje pacjentów w wyborze szpitala lub kierunki migracji wymuszonej ograniczoną liczbą łóżek w najbliższej okolicy. Nowoczesny model opieki psychiatrycznej zakłada uczestnictwo rodzin w procesie terapeutycznym, współpracę zespołów opieki środowiskowej z zespołami terapeutycznymi na oddziałach stacjonarnych. To jest wykonalne tylko wtedy, gdy odległość i czas dojazdu nie są zbyt duże.

Na poziomie regionalnym, Oddział Podkarpacki Narodowego Funduszu Zdrowia powinien wypracować i wdrożyć plan finansowy poszerzania zakresu umów ze świadczeniodawcami w kierunku zintegrowania co najmniej trzech form opieki psychiatrycznej (ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej) w ramach jednej umowy. Wobec wymagania kompleksowości i koordynacji świadczeń dla pacjentów w opiece czynnej, szczególnie po kryzysach psychotycznych i z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym, pomioty lecznicze z dotychczasowym kontraktem ograniczonym do poradni zdrowia psychicznego, zapewne będą musiały połączyć swój potencjał kadrowy i lokalowych z innymi. Tworzenie nowych oddziałów stacjonarnej opieki psychiatrycznej nie jest wykluczone, bo w tym zakresie także są duże potrzeby. Jednakże w pierwszej kolejności powinny być poszerzane i rozwijane środowiskowe formy opieki psychiatrycznej, bo są podstawą, a ich brakuje najbardziej.

Równolegle służby Wojewody Podkarpackiego powinny opracować i wdrożyć zasady finansowania ze środków budżetu państwa zintegrowanych usług społecznych: specjalistycznych usług opiekuńczych, środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy i mieszkań chronionych dla osób po kryzysie psychicznym. Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi są różne niepełnosprawności: intelektualna, psychiczna, autyzm. Każda z tych grup osób niepełnosprawnych mają odmienne potrzeby i wymagają zróżnicowanej oferty oparcia społecznego. Samorządy lokalne powinny dysponować dotacją na zintegrowane i kompleksowe usługi społeczne, które byłyby udzielane na miarę specyficznych potrzeb klientów i skoordynowane z opieką psychiatryczną.

Samorząd wojewódzki ma za zadanie kształtować politykę regionalną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w województwie podkarpackim, z jednej strony we współpracy z administracją rządową i instytucjami państwowymi, a z drugiej strony z samorządami powiatowymi i gminnymi oraz podmiotami leczniczymi, organizacjami samopomocowymi i profesjonalnymi.

Poniższa tabela jest propozycją umiejscowienia CZP na terenie województwa podkarpackiego do konsultacji społecznych.

Powiat	Ludność 19+ (1713 397)	Miejsce oddziału całodobowego najczęstszego wyboru	Wskaźnik procentowy (rok 2017)	Propozycja CZP
bieszczadzki	17 932	Żurawica-Przemyśl/Jarosław	62%23%	funkcjonalne ŚCZP Ustrzyki Dolne powiązane z ...
brzozowski	52 213	Żurawica-Przemyśl/Jarosław	62%26%	funkcjonalne ŚCZP Brzozów powiązane z ...
dębicki	107 766	**Straszęcin/Dębica**	**97%**	**ogólne CZP Dębica-Straszęcin**
jarosławski	97 516	**Jarosław**	**91%**	**ogólne CZP Jarosław**
jasielski	92 979	**Jasło**	**92%**	**ogólne CZP Jasło**
kolbuszowski	50 122	Nowa Dęba	**84%**	funkcjonalne ŚCZP powiązane z CZP Powiat Tarnobrzeski-Nowa Dęba
krośnieński	89 404	Jarosław/Jasło/Żurawica-Przemyśl	44%30%19%	funkcjonalne ŚCZP powiat krośnieński powiązane z... lub **ogólne CZP Krosno i Powiat Krośnieński**
leski	21 782	Żurawica-Przemyśl/Jarosław	72%25%	funkcjonalne ŚCZP Lesko powiązane z ...
leżajski	55 848	**Leżajsk**	**92%**	**ogólne CZP Leżajsk**
lubaczowski	45 734	Jarosław	**91%**	**funkcjonalne ŚCZP powiązane z CZP Jarosław**
łańcucki	63 695	Jarosław/Rzeszów/Żurawica-Przemyśl	62%18%11%	funkcjonalne ŚCZP Łańcut powiązane z ...
mielecki	109 324	**Straszęcin-Dębica/Nowa Dęba**	74%18%	funkcjonalne ŚCZP Mielec powiązane z CZP Dębica-Straszęcin
niżański	54 668	Stalowa Wola/Leżajsk	67%19%	funkcjonalne ŚCZP Nisko powiązane z CZP Stalowa Wola
przemyski	59 537	Żurawica-Przemyśl	**93%**	**ogólne CZP Przemyśl i Powiat Przemyski**
przeworski	63 005	Jarosław/Leżajsk	84%9%	funkcjonalne ŚCZP Przeworsk powiązane z CZP Jarosław
ropczycko-sędziszowski	58 142	**Straszęcin/Dębica**	83%	funkcjonalne ŚCZP Ropczyce powiązane z CZP Dębica-Straszęcin
rzeszowski	132 687	Jarosław/Rzeszów/Leżajsk	34%33%18%	funkcjonalne ŚCZP Powiat Rzeszowski powiązane z...
sanocki	77 095	Żurawica-Przemyśl/Jarosław	61%29%	funkcjonalne ŚCZP Sanok powiązane z...
stalowowolski	88 456	**Stalowa Wola/Nowa Dęba**	**87%7%**	**ogólne CZP Stalowa Wola**
strzyżowski	49 620	Jarosław/Rzeszów/Jasło	32%24%14%	funkcjonalne ŚCZP Strzyżów powiązane z...
tarnobrzeski	43 663	**Nowa Dęba**	**93%**	**ogólne CZP Powiat Tarnobrzeski-Nowa Dęba**
Krosno	38 326	Jarosław/Jasło/Żurawica-Przemyśl	37%33%20%	funkcjonalne ŚCZP Krosno powiązane z... lub CZP Krosno i Powiat Krośnieński
Przemyśl	51 401	Żurawica-Przemyśl	**95%**	**ogólne CZP Przemyśl i Powiat Przemyski**
Rzeszów	152 866	**Rzeszów/Jarosław/Leżajsk**	**37%32%9%**	funkcjonalne ŚCZP Rzeszów powiązane z...
Tarnobrzeg	39 616	Nowa Dęba	**96%**	funkcjonalne ŚCZP powiązane z CZP Powiat Tarnobrzeski-Nowa Dęba

W zależności od decyzji lokalnych władz samorządowych i podmiotów leczniczych o powiązaniach z aktualnie funkcjonującymi lub utworzonymi całodobowymi oddziałami psychiatrycznymi powstanie ostateczna sieć CZP w województwie podkarpackim.

ANEKS - MATERIAŁY UZUPEŁNIAJACE, PRZYKŁADY

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 5. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;

2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;

3) członek rodziny – następujące osoby:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

b) małżonka,

c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;

14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

24) osoba współpracująca – osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

27) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

29) potrzeby zdrowotne – liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;

29a) program polityki zdrowotnej – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;

30) program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb

zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;

30a) program pilotażowy – zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych;

34) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;

35) świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;

36) świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

37) świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;

38) świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;

39) świadczenie wysokospecjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:

a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,

b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;

40) świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;

41) świadczeniodawca:

a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,

b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,

c) (uchylona)

d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne;

42) procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;

42a) taryfa świadczeń – zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji;

42b) technologia medyczna – leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;

ZARZĄDZENIE Nr 41/2018/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 23 maja 2018 r.
w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017r. poz.1938, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

Zespół leczenia środowiskowego/domowego udziela porad/sesji/wizyt/ w miejscu udzielania świadczeń oraz wizyt/porad domowych/ środowiskowych w miejscu stałego przebywania świadczeniobiorcy lub innym miejscu poza siedzibą zespołu/oddziału, przy czym:

a) wizyta/porada domowa/środowiskowa miejscowa jest udzielana poza siedzibą zespołu, w zasięgu komunikacji miejskiej,
b) wizyta/porada domowa/środowiskowa zamiejscowa jest udzielana poza siedzibą zespołu, poza zasięgiem komunikacji miejskiej;

PRZYKŁADY OPISU FUNKCJONOWANIA ZESPOŁU LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO

Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu
http://bieganski.org/pl/jednostki/poradnie/65

Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)– jest formą terapii dla osób pełnoletnich (powyżej 18 r.ż.) z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Zespół przyjmuje w kompleksie psychiatrycznym w budynku "M" (parter, gabinet 78)
Godziny pracy – od poniedziałku do piątku 8:00 – 14:00.
tel. 566414944, 882-352-262, 882-352-257.

Zespół Leczenia Środowiskowego zapewnia świadczenia zdrowotne w środowisku społecznym pacjentom, którzy:
– zakończyli leczenie w oddziale całodobowym lub dziennym i wymagają dalszych, intensywnych oddziaływań socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych,
– z którymi nie udało się uzyskać trwałej efektywnej współpracy w leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni (chorzy wielokrotnie hospitalizowani),
– nie utrzymują się w innych formach leczenia.

Zespół Leczenia Środowiskowego przyczynia się do poprawy ciągłości leczenia i jego efektów.

Celem pracy Zespołu jest skrócenie czasu pobytu w oddziale całodobowym, a w niektórych wypadkach uniknięcie hospitalizacji zapobieganie nawrotom.

Kluczowym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie kontynuacji terapii i rehabilitacji w miejscu zamieszkania, bez oddzielenia od najbliższych, bez konieczności przerywania pracy czy nauki z czym związany jest pobyt w szpitalu.

Zależnie od etapu leczenia i stanu zdrowia pacjenta, leczenie środowiskowe realizowane jest w siedzibie ZLŚ albo w trybie wizyt domowych.

Od 1 stycznia 2019 roku Szpital realizuje świadczenie Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) w ramach umowy z NFZ.

Zespół zajmuje się leczeniem i rehabilitacją osób dorosłych chorujących psychicznie, które zamieszkują miasto Grudziądz.

Nasze działania są skierowane przede wszystkim do osób z następującymi rozpoznaniami:
– zaburzenia psychotyczne (np. schizofrenia),
– zaburzenia afektywne (np. depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe),
– zaburzenia psychiczne związane z organicznym uszkodzeniem mózgu (np. choroba Alzheimera i inne otępienia – we wczesnej fazie),
– inne rozpoznania – o ile wymagają opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.

Zespół Leczenia Środowiskowego funkcjonuje w oparciu o kadrę medyczną, w skład której wchodzą:
– lekarze psychiatrzy,
– psycholodzy,
– pielęgniarki,
– pracownik socjalny.

Celem pracy członków Zespołu jest stałe monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjentów, praca nad ich motywacją do współpracy i reagowanie w sytuacjach kryzysowych. W tym zakresie współpracujemy z ich rodzinami oraz opiekunami.

Procedura skierowania do ZLŚ:
– do ZLŚ z prośbą o objęcie opieką pacjent może zgłosić się sam, zgłoszenia może dokonać również lekarz z poradni i z oddziału, a także rodzina pacjenta lub pracownik opieki społecznej (rejestracja telefoniczna lub osobista),
– leczenie środowiskowe odbywa się wyłącznie za świadomą zgodą pacjenta, po badaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym przez zespół terapeutyczny (w siedzibie ZLŚ lub podczas wizyty domowej),
– skierowanie od lekarza jest warunkiem koniecznym przyjęcia do ZLŚ.

Zespół kieruje się zasadą optymalnego łączenia leczenia farmakologicznego oraz oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych.

Wizyt domowych Zespołu nie realizujemy:
– u pacjentów bez zaburzeń psychicznych,
– u pacjentów mogących skorzystać z porady w placówce,
–u osób mających bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej całodobowej - zagrożenie dla życia i zdrowia chorego lub otoczenia (w takiej sytuacji należy wezwać pogotowie ratunkowe),
– u pacjentów uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (również od leków, hazardu, gier itp.),
– u pacjentów, u których stan somatyczny wymaga leczenia w szpitalu ogólnym,
– u pacjentów niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania, którzy nie mają opieki zapewniającej sprawy bytowe,
– przy braku świadomej zgody na leczenie środowiskowe (domowe).
Zespół Leczenia Środowiskowego współpracuje z oddziałami stacjonarnymi i dziennym psychiatrycznym oraz poradniami Szpitala.

Centrum Zdrowia Psychicznego Tychy

Od 1 grudnia 2017 Centrum Zdrowia Psychicznego Tychy realizuje świadczenie Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLŚ). Zespół zajmuje się leczeniem, rehabilitacją osób dorosłych chorujących psychicznie, które zamieszkują miasto Tychy i jego najbliższą okolicę.

Zajmujemy się leczeniem osób które ze względu na występujące objawy, problemy w codziennym funkcjonowaniu oraz niedostateczne oparcie społeczne nie są zdolne do korzystania z leczenia ambulatoryjnego, ale nie wymagają obecnie hospitalizacji. Nasze działania są skierowane przede wszystkim do osób z następującymi rozpoznaniami:

zaburzenia psychotyczne (np. schizofrenia),
zaburzenia afektywne (np. depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe)
zaburzenia psychiczne związane z organicznym uszkodzeniem mózgu (np. choroba Alzheimera i inne otępienia).
inne rozpoznania – o ile wymagają opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.

Szczególne wskazania do leczenia środowiskowego mają osoby o przewlekłym przebiegu choroby, z trudnościami w zakresie współpracy w terapii. Kluczowym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie kontynuacji terapii i rehabilitacji w miejscu zamieszkania, bez oddzielenia od najbliższych, bez konieczności przerywania pracy czy nauki z czym związany jest pobyt w szpitalu.

Zespół Leczenia Środowiskowego funkcjonuje w oparciu o kadrę medyczną, w skład której wchodzą:

lekarze psychiatrzy,
psycholodzy,
psychoterapeuci,
terapeuci środowiskowi
pielęgniarki środowiskowe.

Celem pracy członków Zespołu działań terapeutów jest stałe monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjentów, praca nad ich motywacją do współpracy i reagowanie w sytuacjach kryzysowych. W tym zakresie współpracujemy z ich rodzinami oraz opiekunami.

Procedura skierowania do ZLŚ

Rejestracja telefoniczna lub osobista w Centrum celem umówienia wstępnej rozmowy z lekarzem psychiatrą.
Wizyta konsultacyjno-diagnostyczna lekarza psychiatry, na której następuje kwalifikacja pacjenta do leczenia w Zespole.
Po podpisaniu formularza zgody na leczenie ustalenie planu pracy z pacjentem.

Wizyt domowych Zespołu nie realizujemy w następujących sytuacjach:

pacjenci bez zaburzeń psychicznych
pacjenci mogący skorzystać z porady w placówce
osoby mające bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej całodobowej
– zagrożenie dla życia i zdrowia – w takiej sytuacji należy wezwać pogotowie ratunkowe,
uzależnieni od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
stan somatyczny wymaga leczenia w szpitalu ogólnym,

brak zgody na leczenie.

Szpital Wolski w Warszawie, Zespół Leczenia Środowiskowego

Świadczenia medyczne w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) w całości finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. ZLŚ funkcjonuje w oparciu o kadrę medyczną, w skład której wchodzą lekarze psychiatrzy, psycholodzy, psychoterapeuci, terapeuci środowiskowi, pielęgniarki środowiskowe oraz pracownicy społeczni. Jego zadaniem jest nieść pomoc osobom chorym psychicznie – w ich środowisku, w domu ale również w ramach leczenia w placówce medycznej Zespołu Leczenia Środowiskowego.

Oferta Zespołu Leczenia Środowiskowego kierowana jest w szczególności do Pacjentów:
- z zaburzeniami psychotycznymi - schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe,
- których dotknęły choroby afektywne - depresja, choroby afektywne jedno- i dwubiegunowe,
- z zaburzeniami psychicznymi,
- ze względnymi wskazaniami do hospitalizacji psychiatrycznej, pozostających ze względów terapeutycznych w środowisku domowym,
- którzy zakończyli leczenie w oddziale całodobowym lub dziennym, ale wymagają dalszych intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych,
- z którymi nie udało się uzyskać trwałej, efektywnej współpracy podczas leczenia w oddziale szpitalnym lub poradni.

FORMA POMOCY

Zależnie od etapu leczenia i stanu zdrowia Pacjenta, leczenie środowiskowe realizowane jest w siedzibie Zespołu Leczenia Środowiskowego lub w trybie wizyt domowych.

W ramach leczenia środowiskowego oferujemy:
- diagnostykę psychiatryczną i psychologiczną,
- leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne,

W ofercie mieszczą się również:
- organizacja systemu wsparcia w środowisku Pacjenta,
- wsparcie dla młodych osób po przebytej psychozie,
- wsparcie dla rodzin Pacjentów,
- konsultacje psychiatryczne i psychologiczne.

PRZYJĘCIA do ZESPOŁU LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO

Do Zespołu Leczenia Środowiskowego Pacjent z prośbą o objęcie opieką może zgłosić się samodzielnie, zgłoszenia może dokonać również lekarz prowadzący Pacjenta z Poradni Zdrowia Psychicznego lub z Oddziału Całodobowego, a także rodzina Pacjenta lub pracownik opieki społecznej.

Leczenie środowiskowe odbywa się wyłącznie za zgodą Pacjenta, po kwalifikacyjnym badaniu przeprowadzonym przez lekarza psychiatrę.

Decyzja o przyjęciu do Zespołu Leczenia Środowiskowego nie jest uzależniona od skierowania, które w przypadku przystąpienia do ZLŚ nie jest wymagane.

W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO tym samym w Zespole Leczenia Środowiskowego nie leczymy Pacjentów:
- posiadających bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej całodobowej (bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia chorego lub jego otoczenia),
- niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania, którzy nie mają opieki zapewniającej sprawy bytowe,
- uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- których stan somatyczny wymaga leczenia w szpitalu ogólnym,
- którzy nie wyrażają zgody na leczenie.

PRZYKŁADY ROZWIĄZAŃ SIECI CZP W REGIONALNYCH PROGRAMACH OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2018 – 2022 (*str.41-42)*

Organizacja CZP powinna rozpocząć się w tych miastach, gdzie aktualnie istnieje infrastruktura i zasoby kadrowe, a samorządy powiatów zadeklarowały możliwość utworzenia CZP. Optymalnym rozwiązaniem jest tworzenie CZP w miejscach lub w pobliżu miejsc funkcjonowania stacjonarnej bądź dziennej opieki psychiatrycznej w oparciu o podmioty aktywne w organizowaniu wszelkich form opieki psychiatrycznej na danym terenie. Przy obecnych możliwościach organizacyjnych tworzenie CZP można rozpocząć od tworzenia struktur w formie **punktów/zespołów zdrowia psychicznego** w celu zintegrowania działalności istniejących jednostek opieki psychiatrycznej na danym terenie. Finalnie powinno się przyjąć model tworzenia CZP w określonej lokalizacji, która będzie skupiała większą część funkcjonalnej struktury wskazanej w zaleceniach NPOZP.

Ponieważ obecny system psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim funkcjonuje głównie w oparciu o opiekę stacjonarną i ambulatoryjną, należy dostosować jej dostępność do potrzeb społeczności lokalnej z najwyższą jakością świadczonych usług medycznych. Równie istotny jest rozwój form opieki pośredniej (oddziały dzienne i zespoły opieki środowiskowej) oraz długoterminowej opieki psychiatrycznej. Priorytetem jest:

- dostosowanie liczby i rozmieszczenie poradni do potrzeb lokalnych,
- zwiększenie liczby oddziałów dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych,
- zwiększenie liczby łóżek w oddziałach psychiatrycznych,
- tworzenie psychiatrycznych zespołów środowiskowych,
- wzrost liczby placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa.

Szczegółowy zakres zadań w kierunku rozwoju poszczególnych form opieki psychiatrycznej zawiera „Wojewódzki program zwiększania dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej".

Zasoby kadrowe są jednym z zasadniczych elementów opieki zdrowotnej, które gwarantują skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Aktualny stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej jest niewystarczający i rzutuje na możliwości rozwoju opieki psychiatrycznej w najbliższych latach. Konieczne jest podjęcie działań w kierunku zwiększenia zasobów kadrowych. Szczegółowy zakres zadań w kierunku zwiększenia zasobów kadrowych zawiera „Wojewódzki program zwiększania dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej".

Na skutek zastosowania różnych cen za to samo świadczenie w poszczególnych województwach, nakłady na opiekę psychiatryczną nie rozkładają się równomiernie na obszarze Polski. Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie zachodniopomorskim jest niedoszacowana. Ceny za

poszczególne świadczenia już od wielu lat, są jednymi z najniższych na poziomie kraju. Wielokrotne próby wynegocjowania od płatnika cen wyższych lub przynajmniej równych z innymi województwami nie przyniosły pożądanych efektów. W 2018 r. ceny za przedmiotowe świadczenia kształtują się na poziomie poniżej średnich cen krajowych. Koniecznym i celowym jest zmiana Zarządzenia Prezesa NFZ w zakresie planu finansowego ZOW NFZ w roku bieżącym i latach następnych.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (str 65- 66)

4.7. Kierunki działania w obszarze opieki psychiatrycznej w Małopolsce oraz plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego

Działania w obszarze opieki psychiatrycznej w Małopolsce powinny być zgodne z obowiązującym Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Zgodnie z Narodowym Programem niezbędnym kierunkiem zmian jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, co ma być realizowane poprzez szereg działań takich jak upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, dostępność do różnych form pomocy i oparcia społecznego, możliwość skorzystania z różnych form aktywizacji zawodowej oraz koordynacja dostępnych form opieki i pomocy. Należy zaznaczyć, że wprowadzenie zmian dotyczących poprawy systemu opieki psychiatrycznej będzie możliwe w przypadku zwiększenia poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w tym obszarze przez publicznego płatnika.

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Centrum Zdrowia Psychicznego powinno być utworzone dla populacji od 50-200 tysięcy, dlatego docelowo przy założeniu, że jedno CZP ma być na 200 tysięcy mieszkańców, w Małopolsce powinno ich funkcjonować minimum 16. W 2016 roku funkcjonowało 10 Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym jedno dla dzieci i młodzieży) na obszarze województwa małopolskiego.

Centra Zdrowia Psychicznego powinny powstać stosownie do lokalnych potrzeb oraz w oparciu o istniejące zasoby. Podstawę dla powstania CZP powinny stanowić powiaty oraz miasta na prawach powiatu, w których funkcjonuje oddział stacjonarny i rozbudowywać jego strukturę o pozostałe jednostki, mające wchodzić w skład CZP. Uzasadnione jest założenie, że CZP w województwie małopolskim w przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na danym obszarze, będą mogły zawierać umowy z najbliższym szpitalem, który zapewni całodobowe świadczenia stacjonarne w zakresie opieki psychiatrycznej.

W chwili obecnej w Polsce jesteśmy w okresie przejściowym, jeśli chodzi o tworzenie struktur organizacyjnych oraz potencjalne możliwości kontraktowania i finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego. Plan umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego powinien być stworzony z uwzględnieniem liczby mieszkańców, zapotrzebowania na ten rodzaj opieki oraz istniejących zasobów opieki psychiatrycznej. Przy tworzeniu planu rozmieszczenia CZP trzeba mieć również na uwadze potrzeby pacjentów. Można ich podzielić na dwie grupy: tych, którzy chcą być leczeni blisko swojego miejsca zamieszkania i tych, którzy wolą się leczyć z dala od swojego miejsca zamieszkania. W związku z tym należy tak zaplanować organizację CZP, aby mieli możliwość leczenia stosownie do swoich preferencji oraz dotychczasowego miejsca leczenia.

Uzasadnione jest założenie, że CZP w województwie małopolskim nie zawsze będą musiały zawierać wszystkie elementy, które są przewidziane w strukturze CZP i że będą korzystać z możliwości utworzenia konsorcjum. W ramach struktur: Szpitala Specjalistycznego im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie oraz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Św. Ludwika w Krakowie mogły by powstać CZP dla wybranych dzielnic Krakowa oraz sąsiednich powiatów, ponieważ takie ich usytuowanie zapewni sprawność organizacyjną i stałość instytucjonalną. Dodatkowo pozwoli rozpocząć działalność w ramach CZP bez zbędnych formalności i budowania struktur od nowa. Do powołanych CZP istnieje możliwość włączenia niektórych istniejących w środowisku (dzielnicy, powiecie) jednostek opieki ambulatoryjnej i dziennej poza strukturami Szpitala. Natomiast w innych powiatach województwa, w których funkcjonuje oddział stacjonarny należy go przyjąć za podstawę dla utworzenia CZP w

powiecie i rozbudowywać jego strukturę o pozostałe jednostki, mające wchodzić w skład CZP, z podstawowym założeniem, iż CZP przyjmuje odpowiedzialność za swój rejon. Obecna koncentracja zasobów (infrastruktury oraz kadry medycznej) daje największą dostępność do leczenia osobom z zaburzeniami psychicznymi w Krakowskim Obszarze Metropolitarnym oraz Małopolsce Zachodniej. Celem priorytetowym w ciągu najbliższych lat jest zwiększanie dostępności w pozostałych regionach Małopolski. Przyjmując takie założenia, CZP mogłyby zostać utworzone na bazie: Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie, Nowego Szpitala w Olkuszu, Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, Szpitala Powiatowego im. Św. Maksymiliana w Oświęcimiu, Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu, Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach oraz Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie.

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2019-2022 (str.61)

6. Wspieranie wdrażania planu umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

6.1. Uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim

Jesienią 2018 r. w praktyce rozpoczął się w Polsce pilotaż funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego w wybranych podmiotach leczniczych. Do grudnia 2018 r. pilotaż został uruchomiony w 27 podmiotach. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego będą mogły być udzielane nie później niż do dnia 30 czerwca 2021 r. Zgodnie z § 3 w/w rozporządzenia „celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej”. Pilotaż nie odbywa się w województwie opolskim.

Należy się spodziewać, że w miarę swojego trwania pilotaż będzie przynosił odpowiedzi na różnego rodzaju pytania, będzie też pozwalał na gromadzenie doświadczeń dotyczących organizacji i finansowania nowego, środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Jednak słabą stroną pilotażu jest jego punktowa, rozproszona realizacja. Pilotaż nie jest nigdzie kompleksowo realizowany w skali całego regionu, maksymalnie jest realizowany w 3-4 podmiotach w województwie. Tym samym nie będzie można zaobserwować jak następuje kompleksowe wdrażanie reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie całych regionów. Fundamentalne znaczenie dla reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej będzie miało opracowanie w 2019 r. standardów nowego, środowiskowego modelu w zakresie kadrowym i przełożenie tych standardów na istniejące zasoby kadrowe, w szczególności liczby czynnych zawodowo psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych. Ponadto sprawą oczywistą jest konieczność zwiększenia środków finansowych na reformowaną psychiatryczną opiekę zdrowotną.

Umiejscowienie i obszar działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim (de facto w każdym województwie) w praktyce zależy od sposobu kontraktowania w przyszłości środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez regionalny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Pewne wnioski w tym zakresie wyniknąć mogą również z realizowanego do 2021 r. pilotażu CZP.

W niniejszym opracowaniu przyjmuje się, że optymalne będzie wyznaczenie obszarów działania przyszłych CZP obejmujących od 2 do 3 sąsiadujących ze sobą powiatów, z opcją, że większy powiat nyski ze względu na swój potencjał mógłby stanowić samodzielny obszar działania CZP. Dwie z

możliwych propozycji podziału województwa opolskiego na obszary działania CZP zaprezentowane są na niżej zamieszczonych mapkach.

Należy podkreślić, że ostateczne obszary działania powinny zależeć od woli i ustaleń powiatów, które powinny znaleźć odzwierciedlenie w sposobie kontraktowania CZP przez OOW NFZ. Samorząd Województwa Opolskiego ze swojej strony będzie organizować spotkania z przedstawicielami powiatów i OOW NFZ celem omawiania powyższej kwestii w miarę napływu i powstawania informacji, wniosków, opracowań i dokumentów planistycznych będących rezultatem pilotażu CZP.

Mapa 1: Propozycja planu umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego w województwie opolskim wersja 1

Mapa 2: Propozycja umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego w województwie opolskim wersja 2