DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH i DOSTEPNEGO WSPARCIA

#### Zdrowie psychiczne dorosłych

Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, a jeszcze więcej doświadcza problemów psychicznych nie kwalifikowanych jako zaburzenie. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku. Podobnie sytuacja wygląda na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Epidemiologia zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski została sporządzona na podstawie danych   
z Narodowego Funduszu Zdrowia odnoszących się do liczby udzielonych świadczeń zdrowotnych   
w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, jak również na podstawie danych pozyskanych z Raportu z badania pn. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, (dalej „badanie EZOP”). Raport przygotowany został w 2012 roku przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii i umożliwił zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych[[1]](#footnote-1) wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku   
od 18 do 64 lat (losowa próba 10 tys. respondentów).

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

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

O istotnym znaczeniu zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą również opublikowane przez WHO wyniki badania *Globalnego obciążenia chorobami 2016*. Według szacunków do najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności (ang. *years lived with disability* – YLDs) należą zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ang. *mental and substance use disorders*), które stanowią drugą wśród mężczyzn i trzecią wśród kobiet najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną odpowiednio za 17,0% i 14,4% utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności przez mieszkańców Polski. Choroby te są równocześnie odpowiedzialne za 7,4% utraconych lat życia w zdrowiu (ang. *disability adjusted life-years* – DALYs) przez polskich mężczyzn i 6,7% przez kobiety.[[3]](#footnote-3)

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

WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Depresja jest jednym z zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. Cechuje się głównie obniżeniem nastroju, energii i aktywności oraz zmniejszeniem zainteresowań. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku i przeważnie mają charakter nawracający. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja jest chorobą ogólnoustrojową, której występowanie, przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Z zaburzeniem tym wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych, m.in. osoby cierpiące na ciężką depresję nierzadko muszą rezygnować   
z pracy i bywa, że pozostają długotrwale bezrobotne. Powoduje to wzrost wydatków na zasiłki chorobowe i zasiłki. Zgodnie z dokumentem WHO pt. Mental Health Action Plan 2013-2020 depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY 3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych.[[5]](#footnote-5)

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

Jedną z kluczowych kwestii związanych ze skutkami zaburzeń zdrowia psychicznego są koszty ekonomiczne i społeczne. Jednym z przykładów może być schizofrenia, której objawy dotykają wszystkich poziomów funkcjonowania człowieka. Do głównych czynników ryzyka należą: postępująca utrata kontaktu ze światem i przewaga zainteresowania przeżyciami wewnętrznymi; zobojętnienie uczuciowe prowadzące do pustki uczuciowej i utraty związków emocjonalnych z otoczeniem, rozpad osobowości objawiający się brakiem kontaktu intelektualnego z rzeczywistością, brakiem zgodności treści uczuć i myśli, jednoczesnym występowaniem dwóch sprzecznych sądów, uczuć, lub dążeń, objawami wytwórczymi.

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

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

#### Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Szacuje się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy około 10%, populacji dzieci   
i młodzieży co oznacza, że w Polsce ponad 600 tys. osób poniżej 18 r. ż. wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki[[9]](#footnote-9).

Ze względu na częstość występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych osoby poniżej 18 r. ż. można podzielić na dwie grupy: dzieci (do 11 r. ż.) oraz młodzież (od 12 r. ż). Na podstawie wstępnych wyników badań prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach badania EZOP II, można stwierdzić, iż w grupie 7- 11 lat, najczęściej obserwowanymi zaburzeniami są fobie specyficzne (6,3% dzieci), tiki (2,9%), ADHD (2,5%). Z kolei w starszej populacji (12-17 lat) najczęściej obserwuje się tendencje samobójcze (5,8%), zaburzenia związane z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych (5,3%), tiki (4,2%), fobie specyficzne (4,1%), depresję (3,7%), ADHD (2,1%) oraz anoreksję (2%)[[10]](#footnote-10).

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

Szczególnie poważnym problemem są próby samobójcze i samobójstwa. Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce[[11]](#footnote-11). Śmierć   
w wyniku samobójstwa stanowi przyczynę 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1-19 lat  
(przyczyna śmierci 26% chłopców i 16% dziewcząt). Poniżej na wykresie przedstawiana została liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz prób samobójczych. Wyraźny jest wzrost liczby prób samobójczych w omawianej grupie wiekowej. Należy jednocześnie zaznaczyć, iż dane uwzględniają jedynie te próby, o których została poinformowana Policja.

Wykres 1. Zamachy samobójcze zakończone zgonem i nie zakończone zgonem (tzw. Próby samobójcze) w grupie wiekowej poniżej 18 r. ż. Zestawienie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa zakresu** | **Liczba świadczeniodawców** | | |
| **2013 r.** | **2017 r.** | **2018 r.** |
| Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (oddziały całodobowe) | 30 | 31 | 34 |
| Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży | 35 | 35 | 38 |
| Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży | 155 | 157 | 167 |

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców posiadających umowy na świadczenia w rodzaju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w latach 2013, 2017 i 2018 (Zestawienie Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych NFZ).

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

Trudna sytuacja w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w sposób szczególny związana jest z niewystarczającą liczbą specjalistów lekarzy – psychiatrów dziecięcych. Zawód psychiatry dziecięcego wykonuje 441 osób w Polsce (dane Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień   
13 listopada 2019 r.). Poniżej przedstawiony został wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów   
na 10 000 osób poniżej 18 r. ż. w poszczególnych województwach. Należy zauważyć, iż zgodnie   
ze standardem WHO dla kraju o średnim poziomie dochodów 1 psychiatra powinien przypadać   
na 10 000 dzieci[[12]](#footnote-12). W żadnym województwie Polski ten standard nie jest spełniony, a wskaźnik ogólnokrajowy jest o połowę niższy od standardu WHO.

Rysunek 1. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży na 10 000 dzieci i młodzieży (stan na 31 grudnia 2018 r.). Zestawienie własne na podstawie Wystąpienia pokontrolnego NIK Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci   
i młodzieży 2019.

#### Dostępne wsparcie

#### Oddziały psychiatryczne całodobowe dla dorosłych

Zakres wsparcia

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

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

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

Do świadczeń udzielanych na oddziale zalicza się:

1) świadczenia terapeutyczne;

2) programy terapeutyczne;

3) niezbędne badania diagnostyczne;

4) konsultacje specjalistyczne;

5) leki;

6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

7) wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy;

8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin

Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami.

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

Grupa docelowa

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

Zasady przyjmowania pacjentów do szpitala psychiatrycznego reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.*

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

Warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym bez zgody określają art. 23, 24 i 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2020 r. poz. 685). Natomiast w art. 29 ww. ustawy określone są warunki przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym.

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Województwo | Szpitale psychiatryczne | | | | | |
| Liczba placówek | Liczba oddziałów | Łóżka w dniu 31.XII rzeczywiste | Średnia | Leczeni |  |
| liczba łóżek | (bez ruchu między-oddziałowego) | Osobodni |
| rzeczywistych | \*\* | Leczenia |
| \*\* |  | \*\* |
| POLSKA | 46 | 260 | 10798 | 10830 | 112646 | 3668590 |
| dolnośląskie | 4 | 17 | 630 | 633 | 6930 | 215218 |
| kujawsko-pomorskie | 1 | 9 | 262 | 262 | 2561 | 94029 |
| lubelskie | 3 | 14 | 691 | 688 | 6157 | 239691 |
| lubuskie | 3 | 10 | 413 | 413 | 3664 | 136436 |
| łódzkie | 3 | 22 | 833 | 803 | 8064 | 262018 |
| małopolskie | 2 | 15 | 652 | 652 | 6688 | 232148 |
| mazowieckie | 8 | 48 | 1820 | 1877 | 20600 | 634007 |
| opolskie | 3 | 8 | 434 | 434 | 4985 | 150008 |
| podkarpackie | 2 | 9 | 418 | 418 | 3826 | 140352 |
| podlaskie | 2 | 11 | 477 | 494 | 5802 | 158871 |
| pomorskie | 3 | 17 | 712 | 679 | 7677 | 234677 |
| śląskie | 5 | 32 | 1414 | 1430 | 13250 | 451121 |
| świętokrzyskie | 1 | 10 | 524 | 529 | 6984 | 195582 |
| warmińsko-mazurskie | 3 | 13 | 520 | 520 | 4795 | 187291 |
| wielkopolskie | 3 | 25 | 998 | 998 | 10663 | 337141 |

*Tabela 3. Liczba szpitali psychiatrycznych oraz łózek psychiatrycznych* *w oparciu o dane ze statystyki publicznej – 2018 r.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Województwo | Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych | | | | | |
| Liczba placówek | Liczba oddziałów | Łóżka w dniu 31.XII rzeczywiste | Średnia | Leczeni |  |
| liczba łóżek | (bez ruchu między-oddziałowego) | Osobodni |
| rzeczywistych | \*\* | Leczenia |
| \*\* |  | \*\* |
| POLSKA | 109 | 153 | 6182 | 6139 | 75079 | 2069889 |
| dolnośląskie | 11 | 14 | 675 | 642 | 7377 | 232164 |
| kujawsko-pomorskie | 7 | 19 | 587 | 597 | 6336 | 201180 |
| lubelskie | 6 | 10 | 431 | 424 | 4515 | 135018 |
| lubuskie | 2 | 3 | 101 | 115 | 1549 | 38816 |
| łódzkie | 6 | 15 | 594 | 596 | 7354 | 187667 |
| małopolskie | 11 | 12 | 527 | 508 | 6396 | 170796 |
| mazowieckie | 14 | 15 | 548 | 519 | 6874 | 183597 |
| opolskie | 2 | 3 | 80 | 80 | 985 | 26566 |
| podkarpackie | 7 | 9 | 376 | 376 | 5164 | 141266 |
| podlaskie | 4 | 4 | 130 | 147 | 2007 | 42219 |
| pomorskie | 7 | 8 | 259 | 268 | 2852 | 92461 |
| śląskie | 16 | 19 | 762 | 767 | 9598 | 241212 |
| świętokrzyskie | 1 | 1 | 60 | 60 | 1014 | 21751 |
| warmińsko-mazurskie | 3 | 3 | 177 | 177 | 2001 | 55237 |
| wielkopolskie | 4 | 7 | 280 | 280 | 2881 | 86251 |
| zachodniopomorskie | 8 | 11 | 595 | 583 | 8176 | 213688 |

*Tabela 4. Liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych w oparciu o dane ze statystyki publicznej – 2018 r.*

Finansowanie

Należy zauważyć, iż nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatryczne dla dorosłych udzielane w warunkach całodobowych systematycznie wzrastają.

Poniżej w tabeli przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

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

Tabela 2. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

###### Oddziały psychiatryczne całodobowe dla dzieci i młodzieży

Zakres wsparcia

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

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

Na oddziałach całodobowych funkcjonują sale obserwacyjne przeznaczone dla pacjentów u których ryzyko zachowań autoagresywnych jest szczególnie nasilone. Istnieje także możliwość zastosowana przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na zasadach opisanych w ustawie z dnia 19 sierpnia   
1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2019 poz. 730).

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

Grupa docelowa

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

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

Finansowanie

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

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

Tabela 3. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

###### Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych dla dorosłych

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach ambulatoryjnych udzielane są pacjentom ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania   
(F00-F99), a także może być prowadzona obserwacja i badanie psychiatryczne diagnostyczne przypadków podejrzanych o zaburzenia psychiczne (Z03 i Z04.6).

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

Pacjent w ramach poradni zdrowia psychicznego ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad   
(w zakresie diagnozy, terapii), wizyt domowych oraz sesji psychoterapii (indywidualnej, grupowej lub rodzinnej). Do poradni na wizytę u psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast na wizytę   
u psychologa i psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W ramach poradni leczenia uzależnień pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień.

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

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

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

Grupa docelowa

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

###### *Finansowanie*

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

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

Tabela 4. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

###### Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach dziennych udzielane są osobom powyżej 18 r. ż. w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99), z wyłączeniem: zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10-F19) oraz upośledzenia umysłowego (F71-F79).

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

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

Grupa docelowa

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

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

Finansowanie

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa zakresu świadczeń** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** |
| ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH | 68 165 283 zł | 82 197 424 zł | 80 514 942 zł | 75 086 440 zł |
| ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE DLA DOROSŁYCH | 16 859 653 zł | 20 318 659 zł | 21 079 203 zł | 22 371 524 zł |
| ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE GERIATRYCZNE | 6 109 842 zł | 7 855 091 zł | 9 146 903 zł | 10 893 779 zł |
| ŚWIADCZENIA DZIENNE REHABILITACYJNE DLA OSÓB Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJOWYMI | 3 301 425 zł | 4 607 074 zł | 5 915 877 zł | 7 766 774 zł |
| ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP |  |  | 2 117 067 zł | 8 251 460 zł |
| **RAZEM** | **94 436 203,48 zł** | **114 978 248,08 zł** | **118 773 991,23 zł** | **124 369 976,80 zł** |

Tabela 5. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

###### Oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Zakres wsparcia

Udzielanie świadczeń w warunkach oddziału dziennego jest niezwykle istotne w przypadku dzieci   
i młodzieży - umożliwia bowiem realizację intensywnych działań diagnostycznych i terapeutycznych bez konieczności izolacji pacjenta od środowiska rodzinnego i grupy rówieśniczej. Pobyt na oddziale dziennym ogranicza stres odczuwany przez pacjenta i jego bliskich.

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

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

Grupa docelowa

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

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

Finansowanie

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

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

Tabela 6. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

###### Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży

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

W ramach poradni leczenia uzależnień pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień.

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

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

Zakres wsparcia

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

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

Grupa docelowa

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

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

Finansowanie

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

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

Tabela 7. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

###### Centra Zdrowia Psychicznego

Zakres wsparcia

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

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

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

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

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

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

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

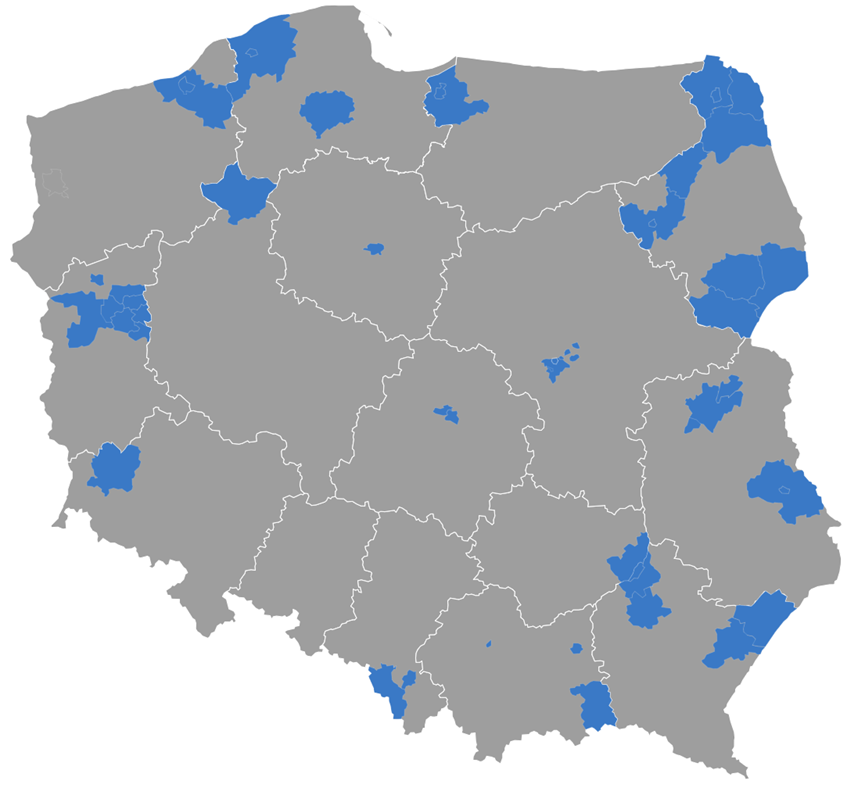
Czp zatrudniają asystentów zdrowienia oferujących aktualnie chorującym wsparcie możliwe dzięki przebytemu i przepracowanemu własnemu doświadczeniu poważnego kryzysu psychicznego.

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

Grupa docelowa oferowanego wsparcia

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

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



Rysunek 1. Obszary objęte pilotażem w 2020 r. Stan na dzień 8.05.2020 r.

Finansowanie

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

###### Główne założenia rozwoju systemu

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

# KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

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

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

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

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

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

###### Psychiatria Dorosłych

###### 1. Inwestycje w kadry – Poprawa sytuacji kadrowej w dziedzinie psychiatrii dorosłych

**Cel szczegółowy:**

Poprawa sytuacji kadrowej w opiece psychiatrycznej dorosłych

**Diagnoza:**

Z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, kadry specjalistów zajmujących się udzielaniem tego rodzaju świadczeń stanowią najistotniejszy zasób warunkujący dostępność i jakość udzielanych świadczeń. Z tego powodu istotna jest ocena liczby zarówno lekarzy psychiatrów, jak i innych specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. W poniższej tabeli zestawiono informacje dotyczące liczby przedstawicieli wybranych grup zawodowych zaangażowanych w udzielanie świadczeń:

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

*Tabela 5. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze, psycholodzy, pielęgniarki psychiatryczne (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2018. Dane na podstawie informacji NFZ.*

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

*Tabela 6. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – psychoterapeuci i instruktorzy uzależnień (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2018. Dane na podstawie informacji NFZ.*

Zgodnie z danymi w tabeli 6, w 2018 r. świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna udzielało 1207 psychoterapeutów oraz 1833 osób ubiegających się o wykonywanie zawodu psychoterapeuty. Analizując dane zamieszczone w tabeli 6 zauważalny jest dość wyraźnie wzrost liczby osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeutów. Jest to dość istotne mając na uwadze,   
iż psychoterapia stanowi istotny element w postępowaniu leczniczym. Np. w zaburzeniach depresyjnych na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia wdrożenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu – jako jedyna forma leczenia, przy zintensyfikowaniu objawów – jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii)[[13]](#footnote-13).

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

**Oczekiwany rezultat:**

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

**Działania**

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

**Finansowanie**

Finansowanie kadr medycznych w ramach niniejszej strategii (rezultat 1, 2, 4) odbywa się przede wszystkim na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. *prawo o szkolnictwie wyższym*, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej a także innych aktów prawnych z przedmiotowego zakresu.* Istotnym aktem prawnym dotyczącym finansowania kształcenia kadr medycznych jest również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. *w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia*. Jednocześnie w ramach strategii deinstytucjonalizacji przewiduje się możliwość finansowego wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel **–** Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | **Nr rezultatu** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 3 – Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | |
| **Instytucje koordynujące** | 1- Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej | | | | | | | | |
|  |

**2. Inwestycje w system –** **zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych   
z zakresu opieki psychiatrycznej**

**Cel szczegółowy:**

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

**Diagnoza:**

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

Ważnym kierunkiem zmian jest takie przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. Udzielanie świadczeń w taki sposób nie tylko ogranicza stygmatyzację związaną z hospitalizacją psychiatryczną, ale także pozwala na pełniejszą diagnozę i terapię współwystępujących u pacjentów problemów zdrowotnych.

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

**Oczekiwany rezultat:**

1. **do końca 2027 r. zakończenie przyjęć** **„ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat**
2. **do końca 2027 r. zapewnienie 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (2,5 łóżka na 1000 dorosłych mieszkańców).**
3. **Stworzenie** **pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego (pobyty krótkoterminowe) – do końca 2027 r.**

**Działania**

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

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

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

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

Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć czp i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawa do otrzymywania środków publicznych. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną.

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

**Finansowanie**

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

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

**Cel szczegółowy:**

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

**Diagnoza:**

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

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

**Oczekiwany rezultat:**

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

**Działania:**

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

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

**Finansowanie**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel - Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do opieki świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej | | | | | | | | | |
| Termin realizacji działań | Nr rezultatu | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indykatywne źródła finansowania | 4.        Narodowy Fundusz Zdrowia | | | | | | | | |
| 1.        Budżet Ministra Zdrowia | | | | | | | | |
|  |
| Instytucje koordynujące | 1.       Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia | | | | | | | | |  |
|  |

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

**Cel szczegółowy:**

Dostosowanie infrastruktury pomiotów leczniczych realizujących środowiskowy model opieki psychiatrycznej

**Diagnoza:**

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

**Oczekiwany rezultat:**

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

**Działania:**

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

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

**Finansowanie**

Finansowanie przekształcania szpitali oraz reorganizacja podmiotów udzielających stacjonarnych świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych odbywać się będzie przy wsparciu środków europejskich.

Przewiduje się, iż w ramach osiągnięcia oczekiwanych rezultatów wskazanych w pkt 1 możliwe będzie otrzymanie wsparcia finansowego ze środków europejskich.

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

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

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

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

1. centra zdrowia psychicznego
2. Podmioty spełniające kryteria włączenia do pilotażu– zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w Centrach Zdrowia Psychicznego

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej | | | | | | | | | |
| Termin realizacji działań | Nr rezultatu | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indykatywne źródła finansowania | 1 – Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | |
| 2 - Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | |
| Instytucje koordynujące | 1– Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej | | | | | | | | |
| 2 - Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej | | | | | | | | |

###### Psychiatria Dzieci i Młodzieży:

###### 1. Inwestycje w kadry – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii

**Cel szczegółowy:**

Poprawa sytuacji kadrowej w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży

**Diagnoza:**

Jedną z kluczowych barier w dostępie do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest niewystarczająca liczba specjalistów. Psychiatria dzieci i młodzieży jest wpisana na listę dziedzin priorytetowych, a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury. Niemniej jednak co roku znaczna część przewidzianych miejsc dla rezydentów nie zostaje obsadzona z powodu braku chętnych. Całość systemu ochrony zdrowia psychicznego opiera się na pomocy lekarzy psychiatrów, których jest   
w Polsce około 440, z tego jedynie część pracuje w publicznym systemie.

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

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

• specjalizacja psychoterapia dzieci i młodzieży została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2019, poz. 226). Program specjalizacji został ogłoszony w czerwcu 2019 r.;

• kwalifikacja rynkowa „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” została włączona do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r.   
(M.P. 2018 poz. 1279);

• opracowany został nowy program specjalizacji z psychologii klinicznej w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży (kwiecień 2018 r.).

**Oczekiwany rezultat:**

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

**Działania:**

Ze względu na wprowadzone nowe rozwiązania prawne, obecnie nie ma jeszcze osób   
o potwierdzonych kwalifikacjach w nowych zawodach. Z tego powodu istotne jest upowszechnienie wyżej wymienionych kwalifikacji. Ważne jest dofinansowywanie kursów kształcących specjalistów, którzy mogą zostać zatrudnieni w publicznym systemie – nie tylko w systemie zdrowia, ale także edukacji czy pomocy społecznej. Istotne jest także podnoszenie kwalifikacji specjalistów już pracujących w systemie.

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

**Finansowanie**

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

a) w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży,

b) w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży,

c) w zakresie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży,

d) w ramach innych kursów lub szkoleń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel **–** Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | **Nr rezultatu** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | - | - |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 1 – Finansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego | | | | | | | | |
| **Instytucje koordynujące** | 1- Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej | | | | | | | | |
|  |

**2. Inwestycje w system – zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych   
z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz 3. Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży**

**Cel szczegółowy:**

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

**Diagnoza:**

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

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

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

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

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

Wreszcie na III, najwyższym poziomie referencyjności funkcjonować będą Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc znajdą pacjenci wymagającej najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. Mamy nadzieję, iż z czasem liczba takich przypadków będzie coraz mniejsza, niemniej jednak ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek.   
W ośrodkach tych będą się także kształcili przyszli lekarze psychiatrzy i inni specjaliści systemu.

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

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

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

**Oczekiwany rezultat:**

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

**Działania:**

Dzięki wprowadzonym zmianom legislacyjnym możliwe jest prowadzenie postępowań konkursowych przez oddziały wojewódzkie NFZ i zawieranie umów na udzielanie świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego rozpoczęły swoją działalność 1 kwietnia 2020 r. Należy zauważyć, iż tworzenie sieci ośrodków przebiegać będzie stopniowo (m.in. ze względu na czas potrzebny na wykształcenie odpowiedniej kadry).

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

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

**Finansowanie**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel** **zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży** | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | **Nr rezultatu** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 2 – Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | |
|  |
| **Instytucje koordynujące** | 2 – Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej | | | | | | | | |  |
|  |

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

**Cel szczegółowy:**

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

**Diagnoza**

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

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

**Oczekiwany rezultat**

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

**Działania**

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

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

**Finansowanie**

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu wskazanego w pkt 2 opierać się będzie na wsparciu infrastrukturalnym ośrodków I, II i III poziomu referencyjnego oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. W ramach wsparcia dla placówek udzielających świadczeń możliwe będzie dofinansowanie dostosowania infrastruktury   
do wymogów aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. W ramach działania wsparcie będzie możliwe również dla ośrodków funkcjonujących na III poziomie referencyjnym. Dzięki dofinansowaniu poprawione zostaną warunki udzielania świadczeń dla dzieci, młodzieży i ich rodzin w ramach poziomów referencyjnych   
w placówkach, które udzielać świadczeń będą także po zakończeniu okresu dofinansowania.

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

Szacuje się, iż w realizację oczekiwanego rezultatu opisanego w pkt 2 zaangażowana powinna zostać kwota 300 mln zł.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży | | | | | | | | | |
| Termin realizacji działań | Nr rezultatu | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indykatywne źródła finansowania | 1 - Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | |
| Instytucje koordynujące | 1 - Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej | | | | | | | | |

**Psychiatria Dorosłych i Psychiatria Dzieci i Młodzieży**

**5. Inwestycje w pacjenta -** **promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw   
i zachowań autodestrukcyjnych**

**Cel szczegółowy:**

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

**Diagnoza:**

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

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

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

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

**Oczekiwany rezultat:**

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

**Działania**

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

Priorytetowe działania Zespołu powinny obejmować niniejszy obszar:

1. **Zapewnienie szybkiego dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym**  
   Konieczne jest zorganizowanie szybkiego dostępu do pomocy osobom w kryzysie psychicznym, zagrożeniu życia oraz osobom z grup ryzyka, w tym szczególnie osobom po próbach samobójczych. Niezwykle ważne jest również zapewnienie wsparcia i pomocy rodzinie   
   i bliskim, co stanowi kluczowy mechanizm chroniący w zapobieganiu samobójstwom (postwencja). Rozwój centrów zdrowia psychicznego oraz Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych.
2. **Poprawę dostępu do leczenia osób z problemami psychicznymi**  
   Podjęcie działań zwiększających szybki dostęp do kompleksowej pomocy leczniczej dla osób cierpiących na depresję, uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne. Jest to szczególnie pilne zadanie w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Rozwój centrów zdrowia psychicznego oraz Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych.
3. **Rejestrację, monitoring i badania**

Podstawą profilaktyki jest aktualna diagnoza w zakresie samobójstw, prób samobójczych   
i innych zachowań autodestrukcyjnych. W tym celu konieczne jest utworzenie systemu zbieranych danych, który integrowałby dane z Komendy Głównej Policji, Głównego Urzędu Statystycznego i systemu opieki zdrowotnej. Niezbędne jest rozwijanie badań naukowych   
z zakresu suicydologii i programów profilaktycznych opartych na dowodach.

1. **Edukację grup zawodowych, które stanowią pierwszą linię pomocy w sytuacjach kryzysu psychicznego.** Podnoszenie umiejętności pracowników opieki zdrowotnej, numeru alarmowego 112 i telefonów zaufania, nauczycieli i pedagogów, policjantów, strażaków, pracowników socjalnych, osób duchownych jest bardzo ważnym czynnikiem chroniącym   
   w profilaktyce samobójstw.
2. **Współpracę z mediami.** Istotną rolę w zapobieganiu samobójstwom odgrywają media. Ważne jest monitorowanie czy społeczeństwo informowane jest o zachowaniach samobójczych w sposób rzetelny i odpowiedzialny oraz czy przestrzegane są zalecenia polskich ekspertów jak również Światowej Organizacji Zdrowia. W publikacjach prasowych, internetowych, audycjach telewizyjnych i radiowych poświęconych problematyce samobójstw powinna zawsze znaleźć się informacja o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc.
3. **Ograniczanie dostępności do metod samobójstw.** Ograniczenie dostępu do środków toksycznych, broni a także budowanie odpowiednich fizycznych zabezpieczeń. Konieczne jest monitorowanie i usuwanie zagrożeń, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, związanych   
   ze szkodliwymi treściami w Internecie i cyberprzemocą.

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

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

Jak podają dostępne źródła na podstawie danych lat 1980-2004 z 21 krajów OECD, badano czy istnieje statystycznie istotna różnica we wskaźnikach samobójstw przed i po wdrożeniu krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Wówczas dowiedziono, iż prowadzone przez rząd programy zapobiegania samobójstwom są najbardziej skuteczne w zapobieganiu samobójstwom wśród populacji osób starszych. Liczba samobójstw na 100 000 seniorów zmniejszyła się o około 3,5 po ich uruchomieniu. Chociaż ich skala jest nieco mniejsza, programy te miały również wpływ na liczbę samobójstw wśród populacji osób poniżej 25 r. ż. Natomiast liczba samobójstw w grupach w wieku produkcyjnym, bez względu na płeć, nie zmieniła się pod wpływem wprowadzenia krajowych programów prewencyjnych.[[14]](#footnote-14)Od czasu rozpoczęcia ogólnokrajowych programów zapobiegania samobójstwom w krajach o liczbie 10 mln osób (np. w Szwecji) liczba zgonów w wyniku samobójstw zmniejszyła się średnio o 140 rocznie. W krajach, w których żyje 50 mln osób (np. w Wielkiej Brytanii), liczba zgonów samobójczych zmniejszyła się o 650, a w krajach, w których żyje ponad 100 mln osób (np. w Niemczech), szacuje się, że dzięki kompleksowym krajowym programom zapobiegania samobójstwom udało się zapobiec 1350 zachowaniom samobójczym.[[15]](#footnote-15)

**Finansowanie**

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

Przy założeniu szacunku kosztów samobójstw w Polsce, szacuje się, iż w przypadku osiągnięcia ww. wskaźnika możliwe byłyby uniknięcie utraty wartości straconych lat życia w wysokości ok. 2 mln zł rocznie.[[16]](#footnote-16)

1. **Ewaluacja i monitoring osiągania oczekiwanych rezultatów**

Realizacja Strategii wymaga działań w wymiarze prawnym, organizacyjnym, finansowym   
i edukacyjnym, koordynowanych przede wszystkim przez instytucje w ramach administracji publicznej.

Istotnym elementem będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w regionach.

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

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

Na wstępie należy podkreślić, iż podmiotami monitorującymi osiąganie oczekiwanych rezultatów   
w określonych niniejszym dokumentem obszarach dotyczących zdrowia psychicznego jest przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia jako pomiot odpowiedzialny za wprowadzanie zmian systemowych   
z zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz Narodowy Funduszu Zdrowia jako płatnik systemu. Niewątpliwie kluczowe w monitorowaniu oczekiwanych rezultatów jest współpraca ww. podmiotów z Ministerstwem Funduszy i Rozwoju Regionalnego, które jest odpowiedzialne   
za monitorowanie przeznaczania funduszy unijnych na lata 2021-2027 oraz przygotowywanie krajowych dokumentów niezbędnych do uruchamiania tych środków.

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

1. Należy zaznaczyć, iż ze względów metodologicznych badanie EZOP nie objęło zaburzeń psychotycznych, w tym schizofrenicznych, stanowiących poważny problem zdrowotny o znaczących konsekwencjach społecznych dla chorujących i ich rodzin. [↑](#footnote-ref-1)
2. „Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010”. [↑](#footnote-ref-2)
3. Biechowska D., Rabczenko D., Moskalewicz B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:], Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania,* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s.231. [↑](#footnote-ref-3)
4. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en [↑](#footnote-ref-4)
5. https://www.who.int/mental\_health/publications/action\_plan/en/ [↑](#footnote-ref-5)
6. Biechowska D., Rabczenko D., Moskalewicz B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:], Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania,* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s 159 [↑](#footnote-ref-6)
7. https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/ [↑](#footnote-ref-7)
8. https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/ [↑](#footnote-ref-8)
9. Janas-Kozik Małgorzata. "Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego." Psychiatria 14.1 (2017): 61-63. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ostaszewski K., Moskalewicz J., Kucharski M., Stokwiszewski J., Mental health problems among Polish children and adolescents: Preliminary results of the MINI Kid survey. [↑](#footnote-ref-10)
11. Kielan Aleksandra, Dominik Olejniczak. "Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z  
     uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży." Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 17.3 (2018): 9-26. [↑](#footnote-ref-11)
12. Wystąpienie pokontrolne NIK P/19/059 Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży 2019. [↑](#footnote-ref-12)
13. https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/Depresja\_rekomendacje\_calosc.pdf [↑](#footnote-ref-13)
14. Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. Social Science & Medicine, 73, 1395–1400. [↑](#footnote-ref-14)
15. Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. Social Science & Medicine, 73, 1395–1400. https://www.researchgate.net/publication/51663589\_The\_effect\_of\_national\_suicide\_prevention\_programs\_on\_suicide\_rates\_in\_21\_OECD\_nations [↑](#footnote-ref-15)
16. Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów. Baran A., Gmitrowicz A., Koszewska I. i wsp. Grupa ds. mediów przy Zespole roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2018. [↑](#footnote-ref-16)