Projekt z dnia 23.09.2016 r.

ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW

z dnia ..... r.

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

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

§ 1. 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020 określający strategię działań mających na celu:

1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;

2) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020 stanowi załącznik do rozporządzenia.

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

PREZES RADY MINISTRÓW

Za zgodność pod względem prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Anna Miszczak
radca prawny
23.09.2016 r.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Zdrowia Publicznego
Dariusz Poznański

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Wądrzewska-Makulska
23.09.2016 r.

MR e-mail

Załącznik do rozporządzenia Rady
Ministrów z dnia ..... (poz....)

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020

1. Podmiotami biorącymi udział w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020, zwanego dalej „Programem" są:

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

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

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, jeżeli pozwala na to charakter wynikających z Programu zadań, realizują Program we współpracy z podmiotami, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239 i 395).

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

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

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

1) wprowadzenie regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym w szczególności dotyczące centrów zdrowia psychicznego (CZP), zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowania efektywności opieki medycznej;
2) określenie zasad współpracy jednostek systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Szczegółowy opis kierunków zmian legislacyjnych został zawarty w rozdziale 5 Programu.

Spis treści

ROZDZIAŁ 1. CELE I ZADANIA PROGRAMU **5**

ROZDZIAŁ 2. NAKŁADY NA REALIZACJĘ NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO **17**

ROZDZIAŁ 3. ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ **19**

ROZDZIAŁ 4. NIEZBĘDNE KIERUNKI ZMIAN I WARUNKI ROZWOJU PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ... **23**

Rozdział 1

CELE I ZADANIA PROGRAMU

1. Celami głównymi Programu są:

1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;

2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;

3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

2. Do celów szczegółowych i zadań Programu należą:

1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:

   a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanego przez działalność CZP,

   b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,

   c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,

   d) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy;

2) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:

   a) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,

   b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;

3) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – monitorowanie i ocena skuteczności realizacji Programu.

Zadania dla poszczególnych podmiotów realizujących

Minister właściwy do spraw zdrowia:

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach CZP.

Zadania:

1) monitorowanie postępów wdrażania przez NFZ psychiatrii środowiskowej;

2) przygotowanie – we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach CZP;

3) wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci CZP;

4) ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozważenie w porozumieniu z właściwymi władzami uczelni możliwości dostosowania programów kształcenia uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;

5) wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach, niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej – z uwzględnieniem docelowych wskaźników zawartych w rozdziale 4 Programu;

6) określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej;

7) poinformowanie władz właściwych uczelni o konieczności wprowadzenia do programów kształcenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy pediatrów zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

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

Cel szczegółowy: skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

Zadania:

1) utworzenie lub desygnowanie organu koordynującego realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
   a) doskonalenie we współpracy z właściwymi towarzystwami naukowymi oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego rozwiązań organizacyjnych i standardów postępowania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
   b) monitorowania realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego we współpracy z Radą ds. Zdrowia Psychicznego,
   c) sporządzanie rocznych sprawozdań na podstawie informacji uzyskanych od podmiotów realizujących Program;

2) opracowanie koncepcji Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego – centralnej jednostki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja), z uprawnieniami państwowego instytutu badawczego (PIB).;

3) przygotowanie instytucjonalnych ram i zasad współdziałania CZP z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową w porozumieniu z ministrem właściwym dla spraw zabezpieczenia społecznego.

Oczekiwany efekt realizacji: poprawa koordynacji Programu.

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

Zadania:

1) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach;

2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

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

Cel szczegółowy: ocena skuteczności realizacji Programu.

Zadanie:

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

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

Minister właściwy do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

1) wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej;

2) monitorowanie sposobu wdrażania przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty pomocy społecznej programów poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem kierunków polityki rodzinnej i senioralnej.

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

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

Zadania:

1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;

2) wdrażanie rozwiązań prawnych lub organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;

3) prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi;

4) wspieranie powstawania i działalności pozarządowych ruchów samopomocowych:

a) osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin – służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym,

b) innych organizacji – działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym.

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

Cel szczegółowy: skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadanie:

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

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

1) wspieranie placówek szkolnych, psychologiczno-pedagogicznych, socjoterapeutycznych i wychowawczych z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oparcia społecznego i pomocy społecznej w rozwijaniu oferty pomocy udzielanej dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi;

2) przygotowanie narzędzia do zbierania corocznie danych ze szkół i jednostek systemu oświaty w zakresie: liczby uczniów i wychowanków korzystających z różnych form pomocy i wsparcia w skali kraju, i w poszczególnych województwach, liczby pozarządowych organizacji samopomocowych, już działających i nowych;

3) wspieranie działalności organizacji pozarządowych i działań samopomocowych skierowanych do dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin:
   a) zbieranie oczekiwań, opinii dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin,
   b) zwiększanie aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym.

Cel szczegółowy: skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

1) przygotowanie wytycznych obejmujących zasady współpracy szkoły lub jednostki systemu oświaty z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz z pomocą społeczną w zakresie wspierania uczniów i wychowanków z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin;

2) przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania z jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z placówkami szkolnymi i psychologiczno-pedagogicznymi.

Cel szczegółowy: ocena skuteczności Programu.

Zadanie:

monitorowanie współpracy placówek szkolnych, psychologiczno-pedagogicznych, socjoterapeutycznych i wychowawczych z placówkami psychiatrycznej opieki

zdrowotnej, oparcia społecznego i pomocy społecznej w zakresie pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

Minister Sprawiedliwości

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadanie:

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

Minister właściwy do spraw wewnętrznych

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

1) opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;

2) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

Minister Obrony Narodowej

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

1) opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;

2) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;

3) monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego: weteranów działających poza granicami państwa i weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa.

Narodowy Fundusz Zdrowia

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

1) finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrii środowiskowej;

2) dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

3) wprowadzenie finansowania świadczeń zdrowotnych CZP dla dorosłych pozwalającego na objęcie kompleksową opieką pacjentów z obszaru jego działania;

4) opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych według zryczałtowanej stawki na leczenie osoby/ jednostki lub grupy jednostek diagnostycznych - zadanie realizowane wspólnie z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Samorządy województw

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

1) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP dla dorosłych oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa – zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w rozdziale 3 Programu;

2) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa;

3) przygotowanie planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym planu przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych.
wskaźnik monitorujący: opracowany dokument.

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

1) aktualizacja, poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej;

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

Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

1) zwiększanie, we współdziałaniu z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;

2) aktualizacja i wdrażanie, we współdziałaniu z PFRON, wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;

3) prowadzenie, we współdziałaniu z PFRON, kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel szczegółowy: skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

1) opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

2) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

3) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Samorządy powiatów, grup powiatów, dużych gmin (min. 100 tys. mieszkańców)

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania:

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

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

2) utworzenie CZP zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników i z zasadami organizacyjnymi zawartymi w rozdziale 3 Programu, z zastrzeżeniem, że pozaszpitalna część centrów dla dorosłych jest umiejscowiona na obszarze odpowiedzialności terytorialnej określonym w planie umiejscowienia CZP.

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

Cel szczegółowy: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

1) aktualizacja poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej;

2) wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności działaniom o rozpoznanej skuteczności;

3) zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.

Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

1) zwiększanie, we współdziałaniu z PFRON, dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;

2) aktualizacja i wdrażanie, we współdziałaniu z PFRON, lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form zatrudnienia wspieranego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;

3) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi;

4) zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy (PUP).

Cel szczegółowy: skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

1) powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu; skład zespołu ustala się w sposób zapewniający właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych; zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną;

2) opracowanie lub aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń CZP;

3) realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

4) przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rozdział 2

NAKŁADY NA REALIZACJĘ NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Lp.	Podmiot	Przeznaczenie środków	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	Razem lata 2016–2020
1.	Minister Zdrowia	Koordynacja	-	170 tys.	170 tys.	170 tys.	170 tys.	680 tys.
		badania i systemy informacyjne						
		zwiększenie dostępności świadczeń – tworzenie CZP						
		Inne inwestycje						
2.	Minister Sprawiedliwości	zwiększenie dostępności świadczeń	4,8 mln	4,8 mln	4,8 mln	4,8 mln	4,8 mln	24 mln
		inne inwestycje						
3.	Minister Edukacji Narodowej	zwiększenie dostępności świadczeń	200 tys.	500 tys.	300 tys.	300 tys.	200 tys.	1,5 mln
		inne inwestycje						
4.	Minister Obrony Narodowej	zwiększenie dostępności świadczeń	6 mln	6 mln	6 mln	6 mln	6 mln	30 mln
		Inne inwestycje						
5.	Minister Spraw Wewnętrznych i	zwiększenie dostępności	–	100 tys.	100 tys.	100 tys.	100 tys.	400 tys.

	Administracji	świadczeń						
		Inne inwestycje						
6.	Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	koordynacja						
		inwestycje						
	Razem budżet państwa*)							
8.	Jednostki samorządu terytorialnego (JST)**)	zwiększenie dostępności świadczeń – tworzenie CZP						
		Inne inwestycje						
	Razem budżet państwa i JST*)							
	NFZ	świadczenia zdrowotne						
	Razem wydatki na NPOZP*)		11 mln	11,57 mln	11,37 mln	11,37 mln	11,27 mln	56,58 mln

Rozdział 3

ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

I. Funkcje, struktura i organizacja CZP.

CZP realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

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

CZP dla dorosłych.

1. Funkcjonowanie.

Kompleksowość opieki świadczonej przez CZP wynika:

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

CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, na obszarze zamieszkałym przez około 150 tys. (100–200 tys.) mieszkańców (obszar obejmujący określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju: powiat, dużej gminy, dzielnica wielkiego miasta albo kilka sąsiednich jednostek zamieszkałych przez nie więcej niż 250 tys. mieszkańców).

Gęstość sieci (rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP.

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

Umiejscowienie CZP – pozaszpitalna infrastruktura CZP jest w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (umowa z podwykonawcą, konsorcjum)

całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

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

CZP udziela pomocy:

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

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

2. Struktura

CZP dla dorosłych składa się, co najmniej z zespołu:

1) ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarskie, interwencje socjalne;
2) środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
3) dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
4) szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym. Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

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

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

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

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

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

3. Warunki organizacyjne

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

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

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

Zatrudnienie i kompetencja pracowników CZP odpowiada co najmniej warunkom określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Dokumentacja medyczna – przez cały okres korzystania ze świadczeń w CZP prowadzona jest jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja, w oparciu o przepisy wydane na podstawie art.

30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186).

Rozdział 4

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

NIEZBĘDNY KIERUNEK ZMIAN

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

ZADANIA

1. Systemowa reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca pomoc:

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

2. Poprawa wskaźników efektywności systemu:

1) dostępności świadczeń: docelowo podstawowe świadczenia przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę – nagłe natychmiast, pilne w ciągu 24–48 godzin; w granicach 1 godziny dojazdu publicznym środkiem komunikacji;
2) wskaźników zdrowotnych (według ICD, w tym wskaźników zapadalności, chorobowości, współchorobowości somatycznej, przedwczesnej śmiertelności, czasu trwania życia, samobójstw, DALY's);

3) wskaźników społecznych (np. według ICF, w tym poziomu funkcjonowania, niesamodzielności, niepełnosprawności, czasowej niezdolności do pracy, jakości życia, wykluczenia i dyskryminacji);

4) wskaźników ekonomicznych (relacja nakładów do efektów i efektywności).

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

WARUNKI

1) zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy);

2) zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – przeciwdziałanie ignorancji, procesom napiętnowania, nierównego traktowania i wykluczenia;

3) ewolucja postaw profesjonalnych – w kierunku zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przygotowanie standardów środowiskowej opieki psychiatrycznej przez towarzystwa naukowe;

4) zmiana polityczna (odpowiedzialność, legislacja, zarządzanie);

5) podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatne do skali potrzeb i zaniedbań – zaliczenie ochrony zdrowia psychicznego do priorytetowych zadań polityki zdrowotnej i społecznej państwa, podjęcie deinstytucjonalizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej tj. odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;

6) powierzenie lokalnym władzom samorządowym odpowiedzialności za ochronę zdrowia psychicznego mieszkańców (zadanie zlecone);

7) zmiana organizacyjna (zasoby, instytucje, kadry, koordynacja, finansowanie, inwestowanie).

4. Reforma zasobów opieki zdrowotnej:

1) podstawową opiekę psychiatryczną zapewnia krajowa sieć lokalnych, równomiernie rozmieszczonych (środowiskowych) CZP o centralnie ustalonej gęstości i odpowiedzialności terytorialnej obejmującej określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju (powiat, dzielnica wielkiego miasta lub duża gmina); w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się objęcie odpowiedzialnością kilku powiatów lub dzielnic wielkiego miasta zamieszkałych łącznie przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców;

2) działalność CZP jest realizowana na terenie jednostki podziału administracyjnego będącej jego siedzibą, z zastrzeżeniem możliwości realizowania opieki stacjonarnej w szpitalu zlokalizowanym na terenie obsługiwanym przez inne CZP;

3) profilowane lub referencyjne świadczenia psychiatryczne zapewnia ponadlokalna (regionalna, krajowa) sieć wyspecjalizowanych ośrodków psychiatrycznych;

4) zmiana funkcji i roli dużych szpitali psychiatrycznych:

a) rola lokalnego CZP w zakresie ograniczonym do wyznaczonej terytorialnej odpowiedzialności za miejscową populację, zgodnie z zasadami określonymi wyżej w pkt 1 i 2,

b) zapewnienie opieki stacjonarnej dla działających w okolicy CZP nieposiadających bazy szpitalnej (całodobowego oddziału psychiatrycznego),

c) rola ponadlokalnego ośrodka specjalistycznego (odpowiednio do potrzeb populacji i kompetencji ośrodka);

5) ośrodki sądowo–psychiatryczne o różnym poziomie zabezpieczenia;

6) opiekuńcze (tymczasowo, do powstania warunków alternatywnego zaspokojenia potrzeb, np. zamieszkiwanie chronione, hostele, schroniska kryzysowe, opieka rodzinna);

7) zwiększanie roli lekarzy rodzinnych (pierwszego kontaktu) we współpracy z lokalnymi CZP, udostępnienie pomocy psychologicznej w placówkach pierwszego kontaktu (poradnictwo, interwencje kryzysowe, psychoterapia).

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

1) w CZP – wskazanie wymaganego zakresu zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków pomocy społecznej i zintegrowanej oferty świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz instytucjonalne zapewnienie koordynacji ich świadczenia;

2) w innych placówkach – stworzenie możliwości świadczenia usług społecznych w placówkach zdrowotnych a usług zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej (regulacje prawne, zatrudnienie, finansowanie).

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

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

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

10. Koordynacja i odpowiedzialność:

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

11. Finansowanie: zapewnienie świadczeń ze środków publicznych:

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

12. Inwestycje: dotowanie niezbędnych nakładów na infrastrukturę z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie.

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

Uzasadnienie

1. Uzasadnienie podjęcia prac

Konieczność podjęcia pilnych prac nad projektem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej „Programem", wynika ze zmian wprowadzonych ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916). Zgodnie z przedmiotowymi zmianami w nowej edycji Programu znajdą 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. Zadania polegające na promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych będą komplementarnie realizowane w Narodowym Programie Zdrowia – dokumencie wykonawczym do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Wieloaspektowość projektowanego Programu wymagała specjalistycznej wiedzy i systematycznej współpracy z wiodącymi ekspertami o wieloletnim doświadczeniu w dziedzinie zdrowia psychicznego. Od listopada 2014 r. trwały pre-konsultacje propozycji projektów nowej edycji Programu ze środowiskiem ekspertów. W 2015 r. w Ministerstwie Zdrowia powołany został Zespół do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w skład którego wchodzą przedstawiciele środowiska eksperckiego, Narodowego Funduszu Zdrowia, pracodawców opieki psychiatrycznej, organizacji pacjenckich i pozarządowych, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii oraz Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Konieczność kontynuacji przedmiotowego Programu wynika również z systematycznego wzrostu w naszym kraju liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych oraz przewidywanego jeszcze wyraźniejszego kształtowania się tej tendencji w przyszłości niezbędnym jest kontynuowanie i podejmowanie nowych efektywnych działań zmierzających do poprawy obecnego systemu ochrony zdrowia psychicznego w ramach wielopłaszczyznowego podejścia do problemu.

Mając na uwadze wyniki trzyletniego ogólnopolskiego badania EZOP – Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej stwierdzono,

że w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18-64 r.ż.) u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z grupy zaburzeń psychicznych zaliczających się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. 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.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż kompleksowa opieka zdrowotna w ramach centrum zdrowia psychicznego ma na celu przede wszystkim poprawę skuteczności leczenia oraz koordynacji pacjentów, wśród których rozpoznano zaburzenia psychotyczne i zaburzenia psychiczne o charakterze organicznym. Do jednych z najbardziej charakterystycznych zaburzeń psychotycznych należy schizofrenia. Zdecydowana większość zachorowań na schizofrenię dotyka osób między 18 a 30 rokiem życia. Jest to choroba o charakterze przewlekłym a jej bardzo istotnym elementem jest współwystępowanie chorób oraz innych zaburzeń psychicznych. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż w 2014 r. liczba osób leczonych na schizofrenie wyniosła 187 021 osób. W okresie 2010-2014 liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w Polsce wzrosła o 3,44%.

Jednakże należy zaznaczyć, że obecnie wzrasta istotnie dostępność[1] do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, proporcjonalnie zwiększa się również liczba osób mających możliwość korzystaniaze świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach składki zdrowotnej z przedmiotowego zakresu[2]. W 2014 r. pomocy w ramach opieki ambulatoryjnej udzielono 1 mln 143 tys. dorosłym (dla porównania w 2012 r. opieką objęto 1 mln 120 tys.) oraz 109 539 dzieciom (w 2012 r. – 100 129 dzieci). Tym samym corocznie w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej leczy się ponad 1,4 mln osób, czyli 4% wszystkich Polaków. W 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do lat poprzednich w każdej z form opieki. Mając na uwadze powyższe zanotowano wzrost świadczeń udzielonych w dziennej opiece psychiatrycznej dla dorosłych z 15 486 (w 2012 r.) do 16 052 osób w 2014 r. Największą grupę stanowiły grupy zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (64%) i zaburzeń niepsychotycznych (24%). W zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w 2014 r.

[1] Zgodnie z danymi rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia
[2] ibidem

leczono 123 669 dorosłych pacjentów, w tym najczęściej cierpiących na zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz na zaburzenia niepsychotyczne podobnie jak w przypadku udzielanych świadczeń w opiece dziennej i ambulatoryjnej.

2. Podstawowe cele i zakres projektowanej regulacji

W kolejnej edycji Programu znajdą się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb oraz prowadzeniu działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. W poszczególne zadania włączeni będą ministrowie właściwi ze względu na cele programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz Ministrowie Zdrowia, Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy województw, powiatów i gmin.

3. Rozwiązania międzynarodowe

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia psychicznego. Rozwiązania te w większości opierają się o założenia zawarte w strategicznych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia oraz OECD. Wśród głównych zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego wyróżnia się: prowadzenie działań mających na celu zapobieganie instytucjonalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, integrację i koordynację działań mających na celu promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, wsparcie dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, zwiększanie wiedzy i umiejętności pracowników służby zdrowia, umożliwienie świadczenia odpowiednio skutecznych i adekwatnych usług zdrowotnych, wdrażanie nowych rozwiązań dotyczących leczenia osób z lekkimi i umiarkowanymi zaburzeniami psychicznymi.

Wiele rządowych strategii takich jak Rządowa strategia Wielkiej Brytanii „No health without mental health: implementation framework" wraz z dokumentem wspierającym "Closing the Gap – priorities for essential change in mental health" określa szereg niezbędnych do podjęcia działań w zakresie zdrowia psychicznego. Bardzo podobnie sytuacja wygląda w takich krajach jak Kanada - „Changing Directions Changing Lives The Mental Health Strategy czy w wielu innych krajach członkowskich Unii Europejskiej, w których obowiązujące strategie jako priorytetowe działania traktują: promowanie zdrowia psychicznego czy zapewnianie dostępu do

odpowiednich świadczeń zdrowotnych. Rozwiązania zawarte w poszczególnych strategiach dostosowywane są do specyfiki demograficznej, gospodarczej czy społecznej poszczególnych krajów

4. Diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego w ujęciu regionalnym

Rozpowszechnienie chorób i zaburzeń psychicznych

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

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

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej, należy zauważyć, iż na podstawie wyników badania EZOP – Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej, iż w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między18–64 r. ż.), u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD–10 i Klasyfikacji Zaburzeń 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 (tabela nr 1).

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

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

	uzależnienie od narkotyków	0,3 (0,2-0,4)	69,6	37,5	102,1
	Ogółem Zaburzenia związane z używaniem substancji	12,8 (11,8-13,8)	3297,1	3040,6	3553,5
Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie w tym:		23,4 (22,2-24,7)	6053,5	5751,9	6355,1
dwa zaburzenia i więcej		5,7 (5,2-6,3)	1475,5	1343,2	1607,7
trzy zaburzenia i więcej		0,9 (0,8-1,1)	242,8	201,6	283,9

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

TABELA 2. ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU – RZECZPOSPOLITA POLSKA WG WOJEWÓDZTW.

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

Podkarpackie	17,8 (13,6-23,0)	250,0	188,9	311,0
Kraj ogółem	23,4 (22,2-24,7)	6 053,7	4 645	7 183

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

Powyższa tabela prezentuje rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w podziale na województwa. Do województw, które charakteryzują się najwyższym rozpowszechnieniem zaliczamy województwa łódzkie 29,3%, co po oszacowaniu daje liczbę ponad pół miliona mieszkańców, świętokrzyskie 27,8%, czyli około 217 tyś. osób oraz województwo lubuskie również 27,8%, co w tym przypadku daje liczbę 183 tyś. osób. Najniższe rozpowszechnienie zanotowano w województwie zachodniopomorskim – 18,9% oraz podkarpackim – 17,8%, co daje łączną liczbę 469 600 osób.

Zaburzenia depresyjne

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

TABELA 3. OSOBY, U KTÓRYCH KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU WYSTĄPIŁA DEPRESJA (EKSTRAPOLACJA WYNIKÓW BADANIA KWESTIONARIUSZEM CIDI NA POPULACJĘ RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ)

Wyszczególnienie	Ogółem	Wiek – oszacowania w tysiącach			
		18–29	30–39	40–49	50–64
		w tysiącach			
Epizod depresyjny ogółem	766,2	154,7	173,8	155,1	282,7

Mężczyźni	249,3	62,5	65,7	47,5	73,6
Kobiety	516,9	92,2	108,1	107,5	209,1
Dystymia ogółem	160,4	26,7	28,5	30,7	74,6
Mężczyźni	56,4	12,6	6,4	7,7	29,7
Kobiety	104	14,1	22,1	23	44,8

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

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

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

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

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

Samobójstwa

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

a najrzadziej dokonywano zamachu przez zażycie trucizny. Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych to nieporozumienia rodzinne, choroba psychiczna oraz przewlekła choroba, natomiast najrzadszą przyczyną zamachu samobójczego była niepożądana ciąża. Najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 20–24 lat – 1015 oraz wśród osób w wieku 30–34 lat – 1005.[3)]

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA 1. DOROŚLI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (BEZ UZALEŻNIEŃ) LECZENI W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE SZPITALNEJ I POZASZPITALNEJ W LATACH 2011–2014

Formy opieki	Miara	Rok				Odsetek
		2011	2012	2013	2014	2014/2011
Opieka ambulatoryjna	ogółem	1 073 172	1 199 880	1 261 556	1 223 427	114,0%
	schizofrenia	142 017	149 191	148 906	142 443	100,3%
	schizofrenia/ogółem	13,2%	12,4%	11,8%	11,6%	
Opieka środowiskowa	ogółem	9594	22587	37783	29778	310,4%
	schizofrenia	3686	5543	7404	6432	174,5%
	schizofrenia/ogółem	38,4%	24,5%	19,6%	21,6%	
Oddziały dzienne	ogółem	14 708	15 906	14 733	15 982	108,7%
	schizofrenia	3558	3558	3416	3403	95,6%
	schizofrenia/ ogółem	24,2%	22,4%	23,2%	21,3%	
Oddziały	ogółem	102 532	102 704	101 608	103 325	100,8%

całodobowe	schizofrenia	30 877	31 050	30 966	30 767	99,6%
	schizofrenia/ ogółem	30,1%	30,2%	30,5%	29,8%	
Oddziały opiekuńcze	ogółem	6015	5956	6145	5606	93,2%
	schizofrenia	2733	2695	2738	2502	91,5%
	schizofrenia/ ogółem	45,4%	45,2%	44,6%	44,6%	

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

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

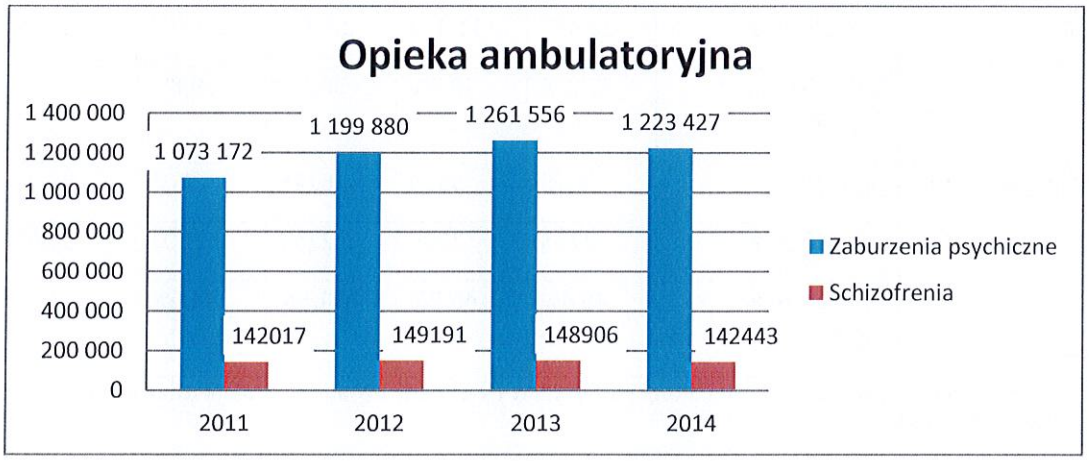
Największy wzrost odnotowano w opiece środowiskowej (zespoły leczenia środowiskowego), w której ogólna liczba leczonych potroiła się (z 9,6 tys. do 29,8 tys.), a leczonych z rozpoznaniem schizofrenii wzrosła o 75%, co oznacza większą dynamikę wzrostu leczonych z innymi niż schizofrenia rozpoznaniami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

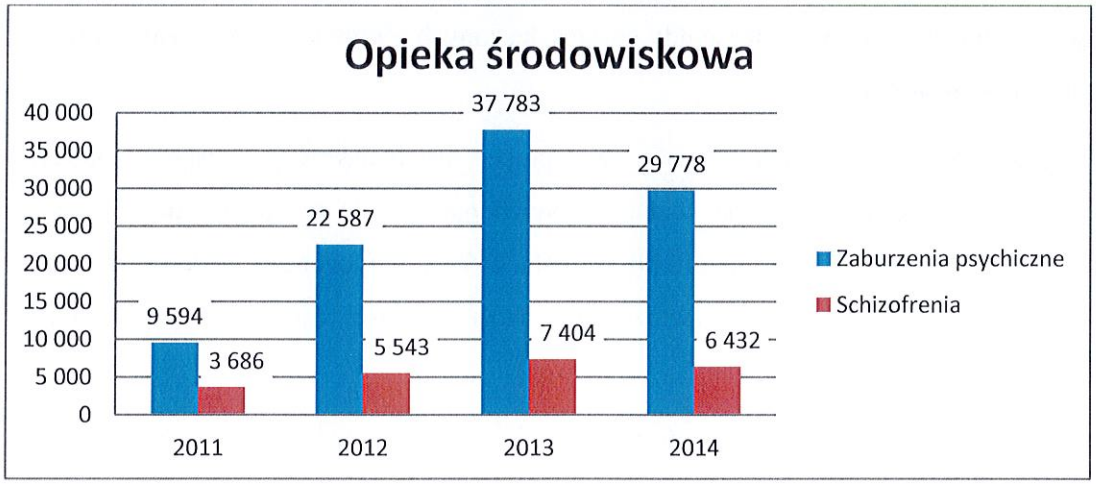
W psychiatrycznej opiece dziennej w 2014 r. leczyło się prawie 14 tys. osób, tzn. o 9% więcej niż w roku 2011, przy jednoczesnym niewielkim spadku leczonych z powodu schizofrenii. W roku 2011 prawie co czwarty leczony w oddziałach dziennych miał rozpoznanie schizofrenii, podczas gdy w 2014 – już tylko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

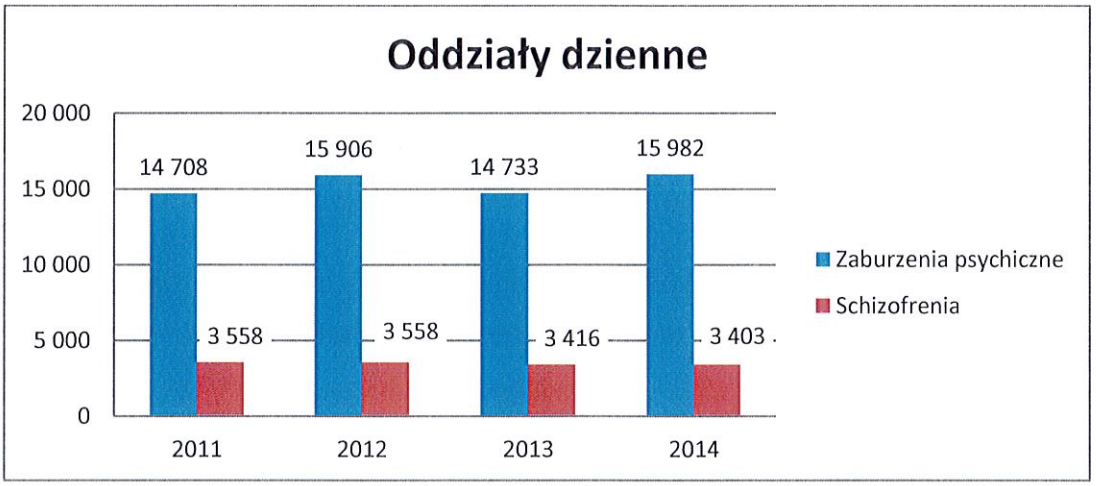
Najmniejsze zmiany w okresie 2011 – 2014 odnotowano w odniesieniu do opieki całodobowej szpitalnej i dotyczy to zarówno ogólnej liczby leczonych, jak i leczonych z powodu schizofrenii.

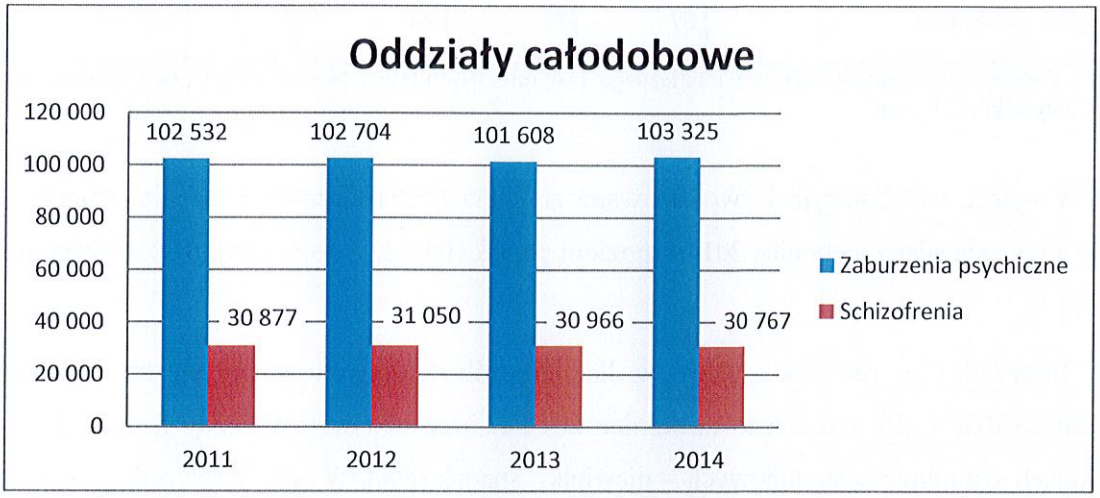
W oddziałach zakładów opiekuńczych obserwuje się malejącą liczbę leczonych, w tym także z rozpoznaniem schizofrenii, co w tym przypadku może oznaczać dłuższe średnie czasy pobytu.

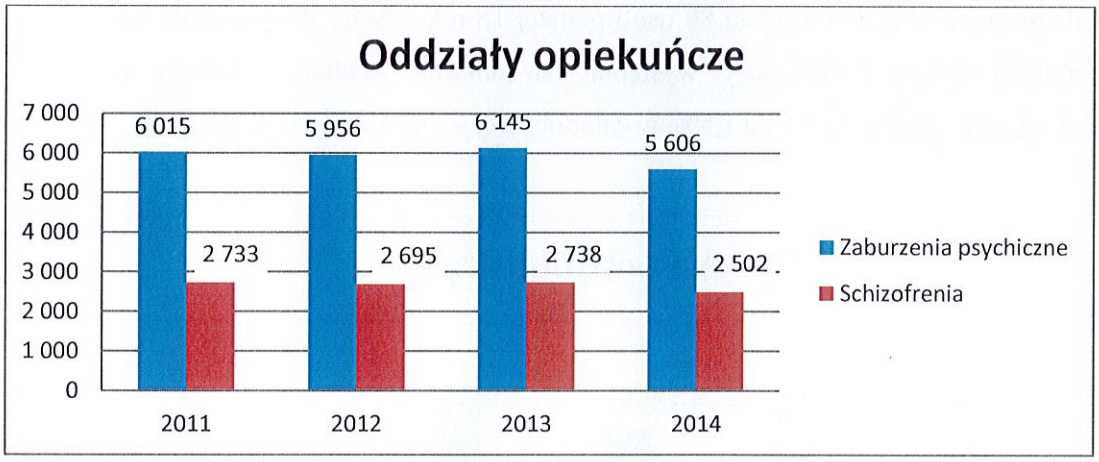
Poniżej graficzna prezentacja danych z tabeli 1. – dorośli z zaburzeniami psychicznymi, w tym z rozpoznaniem schizofrenii w poszczególnych formach opieki


Opieka ambulatoryjna
1 400 000
1 200 000
1 000 000
800 000
600 000
400 000
200 000
0
1 073 172
1 199 880
1 261 556
1 223 427
142017
149191
148906
142443
2011
2012
2013
2014
Zaburzenia psychiczne
Schizofrenia


Opieka środowiskowa
40 000
35 000
30 000
25 000
20 000
15 000
10 000
5 000
0
9 594
3 686
22 587
5 543
37 783
7 404
29 778
6 432
2011
2012
2013
2014
Zaburzenia psychiczne
Schizofrenia


Oddziały dzienne
20 000
15 000
10 000
5 000
0
14 708
3 558
15 906
3 558
14 733
3 416
15 982
3 403
2011
2012
2013
2014
Zaburzenia psychiczne
Schizofrenia





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

TABELA 2. DZIECI I MŁODZIEŻ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (BEZ UZALEŻNIEŃ) LECZENI W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE SZPITALNEJ I POZASZPITALNEJ W LATACH 2011–2014

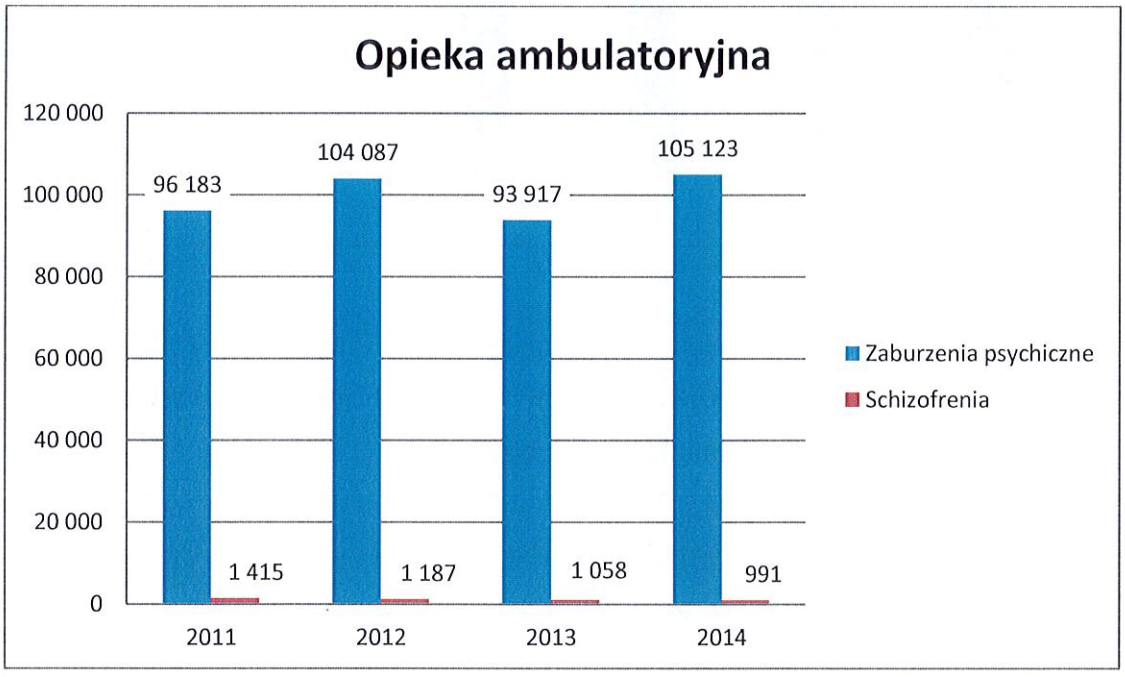
Formy opieki	Rok				Odsetki
	2011	2012	2013	2014	2014/2011
Opieka ambulatoryjna	96 183	104 087	93 917	105 123	109,3%
Oddziały dzienne	2 325	1 835	2 157	2 399	103,2%
Oddziały całodobowe	7 697	7 478	7 184	7 311	95,0%

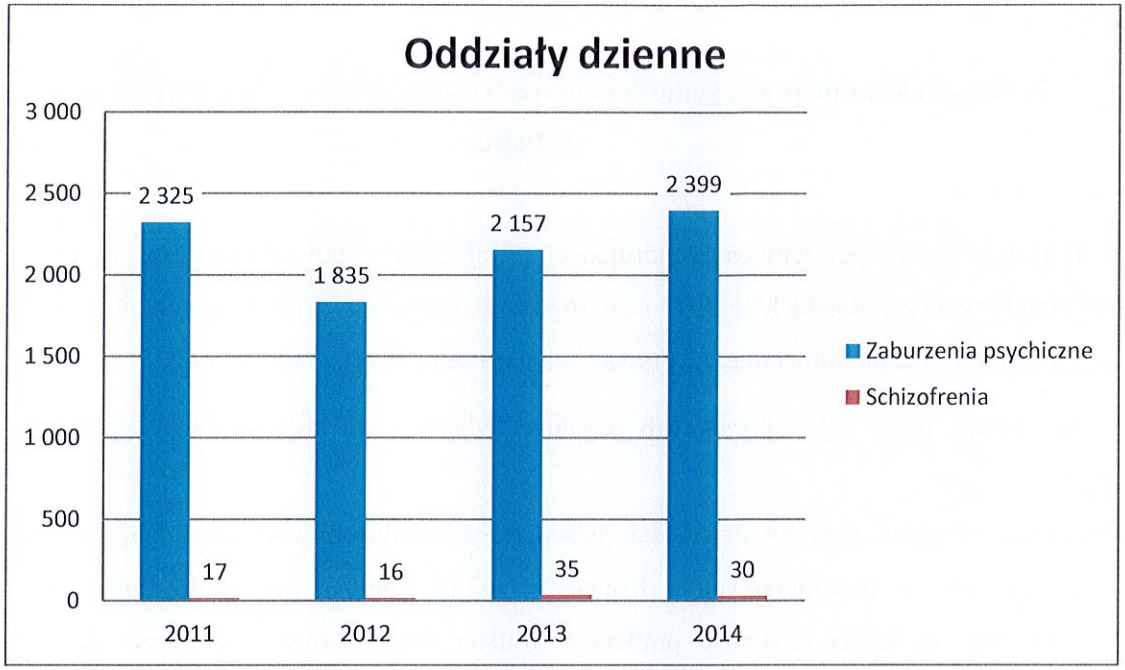
Oddziały opiekuńcze	67	81	74	73	109,0%

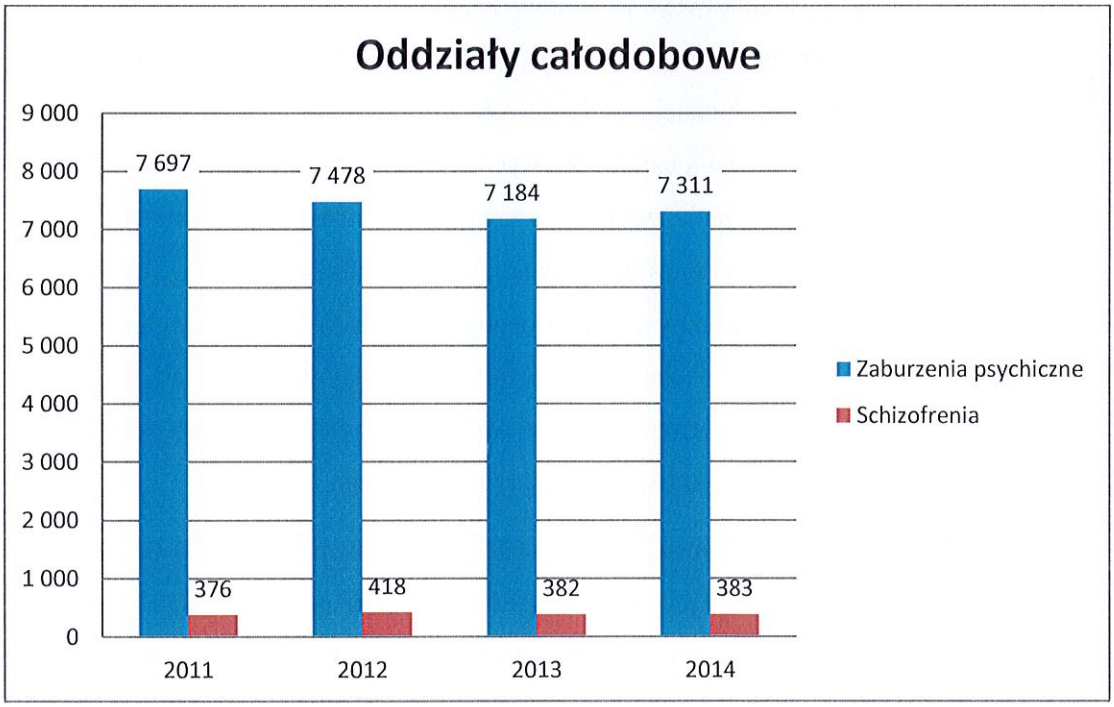
Źródło: Opracowanie Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii na podstawie danych ze statystyki publicznej.

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

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




Oddziały dzienne
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0
2 325
1 835
2 157
2 399
17
16
35
30
2011
2012
2013
2014
Zaburzenia psychiczne
Schizofrenia


Oddziały całodobowe
9 000
8 000
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
7 697
7 478
7 184
7 311
376
418
382
383
2011
2012
2013
2014
Zaburzenia psychiczne
Schizofrenia

5. Respektowanie praw, godności i potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce

Prawa, godność i potrzeby osób chorujących psychicznie w Polsce są naruszane. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich[4] z 2014 r., w rozdziale o poszanowaniu praw i godności osób chorujących psychicznie informuje, że prawa te są naruszane w wieloraki sposób.

Naruszanie praw osób chorujących psychicznie może być konsekwencją wadliwych przepisów prawa:

1) pierwszy przykład dotyczy czynności prawnych, oświadczeń woli oraz dziedziczenia ustawowego i testamentowego. Kodeks Cywilny zawiera sformułowania, które sprawiają, że każda czynność prawna dokonana przez osobę z diagnozą choroby psychicznej może być uznana za nieważną: Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych (art. 82 kodeksu cywilnego).
2) drugim przykładem są unormowania związane z zawarciem małżeństwa: nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa. (m. in. art.12 kodeks rodzinny i opiekuńczy) – które mimo krytyki i wielu dyskusji pozostają niezmienione.

Naruszanie lub łamanie praw może polegać na nieludzkim, poniżającym traktowaniu. We wspomnianym raporcie podany jest m.in. nagłośniony przez prasę przykład z oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, gdzie stosowano jako „formę terapii" wielogodzinne stanie na baczność, bezpodstawne zamykanie pacjentów na wiele tygodni w izolatce, lodowaty prysznic za niesubordynację czy aplikowanie bolesnych zastrzyków z obojętnej leczniczo soli fizjologicznej.

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

Brak poszanowania praw i godności osób chorujących przejawia się także na poziomie językowym, kiedy czasami zupełnie bezrefleksyjnie są etykietowane, naznaczane, piętnowane za pomocą licznych pejoratywnych sformułowań. Badania opinii publicznej pokazują, że pejoratywne określenia osób chorujących psychicznie funkcjonują w otoczeniu respondentów znacznie częściej (ponad 60%) niż neutralne lub pozytywne (34%)[5].

Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich z realizacji przez nasze państwo zobowiązań wynikających z realizacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w latach 2012–2014 wskazuje, że dominuje u nas archaiczny model totalnej opieki instytucjonalnej zamiast usług wspierających świadczonych w środowisku zamieszkania. Stan ten znacząco ogranicza prawa osób z niepełnosprawnościami, w tym chorujących psychicznie do prawa do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo, gwarantowane przez art. 19 ww. Konwencji. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, w celu realizacji ich praw niezbędne jest, między innymi zintensyfikowanie działań dotyczących odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności (tzw. deinstytucjonalizacja).

Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w 2014 r.[6] dokonuje między innymi oceny stopnia przestrzegania praw pacjentów szpitali psychiatrycznych. Z analizy spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że w 2014 r. rozpatrzonych zostało 1620 skarg, spośród których 749 (46%) okazało się zasadnych. W zakresie przepisów wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm. [7]), trzema najczęściej naruszanymi prawami pacjentów szpitali psychiatrycznych były: prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (w tym zgodnie z etyką zawodową), prawo do poszanowania intymności i godności, oraz prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, w tym do wyrażania zgody na udzielenie tych informacji innym osobom. W zakresie przepisów wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

---

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

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

[7] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 1822 oraz z 2015 r. poz. 1163 i 1991.

najczęściej stwierdzane naruszenia dotyczyły: prawa do informacji o planowanym postępowaniu leczniczym (w przypadku hospitalizacji bez zgody), prawa do uzyskania zgody ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu, jeżeli nie zagraża to życiu albo życiu i zdrowiu innych osób (tzw. przepustki), prawa do złożenia w dowolnej formie wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego. Z powyższego wynika, że najwięcej skarg zasadnych dotyczyło sposobu sprawowania opieki nad pacjentem szpitala psychiatrycznego oraz warunków hospitalizacji, a także szeroko rozumianego prawa do informacji.

Raport Najwyższej Izby Kontroli[8)] z 2012 roku negatywnie ocenia nieprzestrzeganie praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności w trakcie przyjmowania tych osób do szpitala bez ich zgody oraz w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego. Odstępstwa od rzetelnego dokumentowania wykonania obowiązujących procedur w zakresie przyjmowania do szpitala pacjentów bez ich zgody (w trybie art. 23, 24, 28 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego) stwierdzono w 15 kontrolowanych jednostkach (83,3%). Polegały one na nieudokumentowaniu: braku możliwości zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa; zatwierdzenia przez ordynatora/kierownika oddziału przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody; poinformowania pacjenta, który cofnął zgodę na leczenie w trakcie pobytu w oddziale, o przyczynach zatrzymania i jego prawach; zapoznania osoby przyjętej do szpitala z planowanym postępowaniem leczniczym. W raporcie NIK wskazano, że żadnej z 64 przeanalizowanych przez kontrolujących historii chorób pacjentów przyjętych do szpitala/oddziału psychiatrycznego bez ich zgody, w trybie art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. na podstawie uprzedniego postanowienia sądu), nie odnotowano poinformowania tych osób o przyczynach hospitalizacji i planowanym leczeniu. Domniemanie, że sąd poinformował pacjenta o przyczynach przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody nie może zastąpić informacji udzielonej przez lekarza w szpitalu. W zakresie stosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono nieprawidłowości polegające na: niedokumentowaniu w historii choroby opisu badania lekarskiego poprzedzającego (uzasadniającego) zlecenie zastosowania przymusu oraz poprzedzającego decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu na kolejne okresy sześciogodzinne, braku potwierdzenia dokonania przez kierownika szpitala oceny zasadności stosowania przymusu

[8)] Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli. Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym". NIK, Warszawa, 8 maja 2012 r.

bezpośredniego, nierejestrowaniu krótkotrwałego uwolnienia z unieruchomienia co 4 godziny, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych oraz przyjmowania posiłków i napojów.

Raport przygotowany przez przedstawicieli Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi", na podstawie badania 146 osób chorujących psychicznie z województwa małopolskiego, metodą wywiadów fokusowych[9] wskazuje z kolei na następujące niezaspokojone potrzeby tej grupy. Z raportu wynikają poniższe wnioski:

1. Sytuacja materialna i finansowa sporej części osób chorujących psychicznie jest dramatycznie zła. W wielu przypadkach ich życie jes na krawędzi ubóstwa. Często jedynym dochodem jest renta w wysokości 579 zł.

2. Bardzo ważnym problemem jest brak dostępu do lekarza psychiatry i terapeuty, szczególnie w mniejszych miejscowościach. Pacjenci wskazują, że ciężko jest zdrowieć, kiedy kontakt z lekarzem jest raz na trzy miesiące i sprowadza się do wypisania recepty.

3. W mniejszych miejscowościach brakuje instytucji i placówek psychiatrii środowiskowej, tj.: Warsztatów Terapii Zajęciowej, Środowiskowych Domów Samopomocy, Ośrodków Wsparcia Dziennego, Domów Pomocy Społecznej, a także klubów i świetlic terapeutycznych. Ich liczba jest zdecydowanie niewystarczająca.

4. Postulowano zwiększenie dofinansowania na psychiatrię oraz odpowiednie regulacje prawne, tak by możliwe było dofinansowanie posiłków dla osób chorujących, ale także dojazdów do ośrodków rehabilitacyjnych, turnusów rehabilitacyjnych i sprzętu komputerowego, by przeciwdziałać wykluczeniu cyfrowemu tej grupy osób.

5. Postulowano zwiększenia refundacji leków psychiatrycznych oraz objęcie refundacją większej ich ilości, gdyż nie wszystkie są refundowane.

6. Dużym problemem dla badanych były trudności związane z zatrudnieniem. Potrzebna jest większa liczba miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie, takich jak: Zakłady Pracy Chronionej, Zakłady Aktywizacji Zawodowej, firmy społeczne; a także jest potrzeba kursów komputerowych, językowych i zawodowych dla osób chorujących psychicznie.
Wiele osób wskazywało jako główne problemy: stygmatyzację, piętno, stereotypowe traktowanie osób chorujących psychicznie oraz edukację jako jej przeciwdziałanie.

7. Apelowano o polepszenie warunków w szpitalach stacjonarnych i innych placówkach całodobowych, tak by móc godnie się leczyć, niezależnie od rozpoznanej jednostki diagnostycznej.

---

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

6. Charakterystyka aktualnego stanu opieki psychiatrycznej w Polsce na tle nowoczesnych rozwiązań modelowych

W ujęciu historycznym zmiany w systemach psychiatrycznej opieki zdrowotnej podzielić można na trzy okresy, których ramy czasowe w znacznym stopniu różnią się pomiędzy poszczególnymi krajami [10]: (1) okres azylów psychiatrycznych, (2) okres deinstytucjonalizacji, (3) okres opieki zrównoważonej. Okres drugi, związany ze zmniejszeniem liczby dużych szpitali, trwał w wielu krajach rozwiniętych od lat 50. ubiegłego wieku, kiedy to silnie zaakcentowano ograniczenia dotychczas funkcjonującego modelu azylowego. Realizacja założeń nowego modelu miała nastąpić przez zapewnienie pacjentom pomocy środowiskowej tj.:

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

W swoim ogólnym założeniu proces ten oparty był na:

1) przekazaniu rezydentów szpitali psychiatrycznych do instytucji opieki środowiskowej;
2) przekierowaniu potencjalnych nowych przyjęć do alternatywnych form opieki;
3) utworzeniu sieci usług dla pacjentów przebywających poza szpitalnymi murami.

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

Anglia. W roku 1971 i 1975 przedstawiono dokumenty[11] określające strukturę pełnej opieki środowiskowej w kraju[11]. Ostatecznie, liczbę szpitali zredukowano ze 130 nadal funkcjonujących w 1960 roku do zaledwie 14 w końcu lat 90. Każdy z nich mieścił niewiele ponad 200 łóżek, a średnia długość pobytu wynosiła 76 dni. Wnioski z oceny procesu reform,

---

[10] Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.* Wydawnictwo IPiN, Warszawa 2010.

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

m.in. na podstawie badania Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS), stanowiącego prospektywną obserwację 670 przewlekle chorujących pacjentów wypisanych ze szpitali Friern i Claybury wykazały, że:

1) w okresie 5 lat 2/3 pacjentów mieszkało w miejscu uprzedniego zamieszkania;
2) wskaźniki śmiertelności i samobójstw nie uległy wzrostowi;
3) mniej niż 1 na 100 pacjentów został bezdomnym;
4) tylko 1/3 chorych była ponownie hospitalizowana podczas okresu trwania projektu, 10% chorych przebywało w szpitalu w czasie zakończenia badania;
5) dzięki „przesunięciu" opieki w kierunku psychiatrii środowiskowej, jakość życia pacjentów uległa znaczniej poprawie;
6) wykazano pewne różnice kosztów opieki szpitalnej i środowiskowej, natomiast porównanie kosztów oraz rezultatów klinicznych wskazała na większą efektywność opieki środowiskowej nad instytucjonalną[12].

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

1) zakaz budowy nowych szpitali i stopniową redukcję liczby szpitali z ograniczeniem nowych przyjęć;
2) tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych z maksymalnie 15 łóżkami dla pacjentów ze stałymi objawami chorobowymi;
3) ograniczanie liczby przyjęć wbrew woli pacjenta;
4) rozbudowę instytucji opieki środowiskowej zabezpieczających określony region[13].

W tymże roku, według oficjalnych danych, w szpitalach psychiatrycznych przebywało łącznie 78 538 chorych. W ciągu dziesięciu lat (1978–1987) po przyjęciu ustawy 180, liczba chorych przebywających w jednostkach szpitalnych obniżyła się o 53%. Największe osiągnięcia odniosły miasta, w których rozbudowę systemu opieki środowiskowej rozpoczęto przed wprowadzeniem ustawowych wymogów, jak Triest, Arezzo, Perugia, południowa część Werony, Portogruaro oraz Parma. Proces reformy opieki psychiatrycznej łączącej współprace

---

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

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

międzysektorową ciągle trwa. Regionalny budżet nadał mu nowy impuls a doświadczenia np. Triestu są znane z wielu podróży studyjnych polskich ekspertów.

Niemcy. W Niemczech zmiany organizacji opieki zdrowotnej nastąpiły po 1975 r., kiedy komisja ekspertów zrewidowała status opieki psychiatrycznej w kraju. W początkowym okresie reform w latach 1970–1975 na 1000 mieszkańców przypadało 1,6 łóżka szpitalnego. Dzięki zmianom systemowym zredukowano liczbę miejsc o ok. 40%, ze znacznymi jednak różnicami pomiędzy poszczególnymi landami. Ograniczanie liczby łóżek w dużych instytucjach medycznych kompensowano tworzeniem oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz klinikach uniwersyteckich, które już na przełomie lat 80. i 90. zapewniły łącznie 26 z 70 tys. dostępnych łóżek szpitalnych w kraju[14]. Trwający obecnie, trzeci okres – „zrównoważonej struktury" pomocy psychiatrycznej – skłania się do modelu opartego na opiece ambulatoryjnej, rozbudowanej sieci pomocy środowiskowej, oddziałach dziennych, wspieranych przez niewielkie, krótkoterminowe oddziały całodobowe, zlokalizowane w szpitalach o szerokim profilu usług. Taki model opieki psychiatrycznej:

1) umożliwia dostęp do usług medycznych w środowisku życia pacjentów;
2) zapewnia dostęp do nowoczesnych jednostek szpitalnych dla pacjentów z ostrymi objawami chorobowymi oraz umożliwia długoterminową opiekę instytucjonalną pacjentom tego wymagającym;
3) zapewnia usługi nakierowane zarówno na redukcję objawów psychopatologicznych, jak i przeciwdziałanie skutkom niepełnosprawności;
4) dostarcza terapii i opieki uwzględniając indywidualny plan terapeutyczny oraz specyficzne potrzeby każdego pacjenta[15].

Rzeczpospolita Polska. Podejmowano próby stopniowego odchodzenia od tradycyjnego modelu opieki, m.in., przez tworzenie coraz liczniejszych formy opieki pozaszpitalnej. Jednak dopiero ustawowe umocowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), a zwłaszcza jego ustanowienie rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia

---

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

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

2010 r. (Dz. U. z 2011 r. poz. 128) stworzyło szansę na przyspieszenie wcześniejszego procesu przekształceń. Zmiany w zasobach psychiatrycznej opieki po czterech latach (2011–2015) realizacji NPOZP przedstawiają tabele z danymi, dotyczącymi szpitalnego (tabl.1) i pozaszpitalnego (tabl.2) lecznictwa psychiatrycznego, dostępnego dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi na koniec 2010 i 2014 roku.
W zestawieniach pominięto formy opieki dla dzieci i młodzieży oraz dla osób uzależnionych.

TABELA 1. OPIEKA SZPITALNA DLA OSÓB DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (BEZ DZIECI I MŁODZIEŻY I BEZ UZALEŻNIEŃ)

Rodzaj szpitala/ zakładu	Lata		Oddziały/ placówki	Łóżka/ miejsca	Lokalizacja Uwagi
Szpitale psychiatryczne	2010 rok		325	12 962	2014 r : oddziały w 48 szpitalach, w 45 miejscowościach
	2014 rok		310	12 895	
	zmiana	N	–15	–67	
		2014/ 2010	95,4%	99,5%	
Szpitale ogólne (inne niż psychiatryczne)	2010		120	5 122	2014 r: oddziały psychiatryczne w 105 szpitalach, w 90 miastach
	2014		134	5 747	
	zmiana	N	+14	+625	
		2014/2010	111,7%	112,2%	
Ogółem szpitale	2010		445	18 084	2014 r: w 153 szpitalach
	2014		444	18 642	
	zmiana	N	–1	+558	
		2014/2010	99,8%	103,1%	
Zakłady opiekuńcze i pielęgnacyjne	2010		58	5 133	21 z nich – to dawne oddziały szpitali psychiatrycznych
	2014		58	5 574	
	zmiana	N	–	+441	
		2014/201	–	108,6%	

		0			

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

Oddziały i łóżka opieki całodobowej zlokalizowane w psychiatrycznych szpitalach i zakładach opiekuńczych ponad trzykrotnie przeważają nad liczbą oddziałów i łóżek w placówkach innych niż psychiatryczne.

Zwiększenie liczby łóżek (+625) w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, nie wpływa na zmniejszenie dużych szpitali. Zamiast spodziewanej około 20% redukcji następuje paradoksalny wzrost liczby łóżek a proces przejmowania opieki w środowisku jest niewystarczający.

Nadal utrzymuje się znaczna koncentracja łóżek w starych, często położonych peryferyjnie placówkach, obok których funkcjonują zakłady opiekuńcze (ZOL, ZLO), utworzone z formalnie i organizacyjnie obecnie oddzielonych dawnych oddziałów szpitalnych.

W zestawieniu uwzględniono oddziały psychiatrii sądowej dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, których w szpitalach psychiatrycznych w 2014 r. jest 49 z 1862 łóżkami, a w szpitalach ogólnych – 7, ze 194 łóżkami.

TABELA 2. OPIEKA POZASZPITALNA, TJ.: DZIENNA, HOSTELE ORAZ OPIEKA AMBULATORYJNA I ŚRODOWISKOWA DLA OSÓB DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (BEZ DZIECI I MŁODZIEŻY I BEZ UZALEŻNIEŃ).

Rodzaj	Lata		Oddziały/ placówki	Miejsca	Lokalizacja, uwagi
Opieka dzienna	2010		152	3 506	2014 r: w 164 zakładach, w 100 miastach
	2014		221	4 921	
	zmiana	N	+69	+1 1415	
		2014/2010	145,4%	140,4%	
Hostele	2010		3	x	
	2014		4	47	
	zmiana	N	+1	?	

Opieka ambulatoryjna	2010		1135	nie dotyczy	2014 r: w 342 powiatach
	2014		1232		
	zmiana	N	+97	nie dotyczy	
		2014/2010	108,5%		
Zespoły leczenia środowiskowego	2010		48	nie dotyczy	2014 r: nie dotyczy
	2014		132		
	zmiana	N	+48	nie dotyczy	
		2014/2010	132%		

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

Opieka dzienna realizowana jest w 221 oddziałach psychiatrycznych (wzrost o 45%), zlokalizowanych w ok. 100 miastach. Większość (ok. 80%) została utworzona poza szpitalami psychiatrycznymi.

Zwraca uwagę – niezmiennie od lat – mała liczba hosteli, formy opieki przewidzianej dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających treningu usamodzielniającego.

Opieka ambulatoryjna dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi dostępna jest formalnie prawie we wszystkich powiatach (90%) w kraju. Faktyczna dostępność ma charakter bardziej złożony, ponieważ poradnie pracują w różnym wymiarze godzin tygodniowo (ok. 30% poradni czynnych jest zaledwie od 1do 3 dni w tygodniu) oraz z bardzo zróżnicowaną liczebnie i fachowo obsadą personelu.

System opieki ambulatoryjnej uzupełnia 320 poradni psychologicznych, działających w ponad 100 powiatach.

Największy przyrost (blisko trzykrotny) odnotowano w szczególnie ważnej formie opieki, jaką są zespoły leczenia środowiskowego (ZLŚ), których na koniec 2014 roku działało 132; w większości (ok. 65%) są one zlokalizowane w dużych – liczących więcej niż 200 tys. mieszkańców – miastach. Pewna część ZLŚ (15 – 30%) nie realizuje wszystkich, bądź z pożądaną częstością wymaganych świadczeń (np. wizyt w środowisku pacjenta).

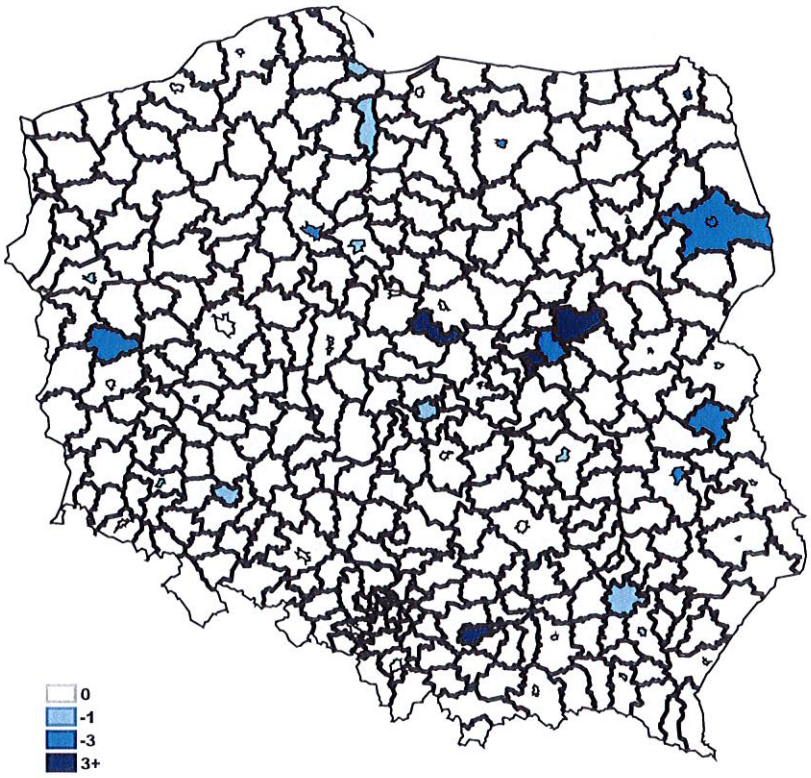
Podsumowanie

Oczekiwania i nadzieje związane z upowszechnieniem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej nie spełniły się. Opieka psychiatryczna (bez uzależnień) sprawowana jest

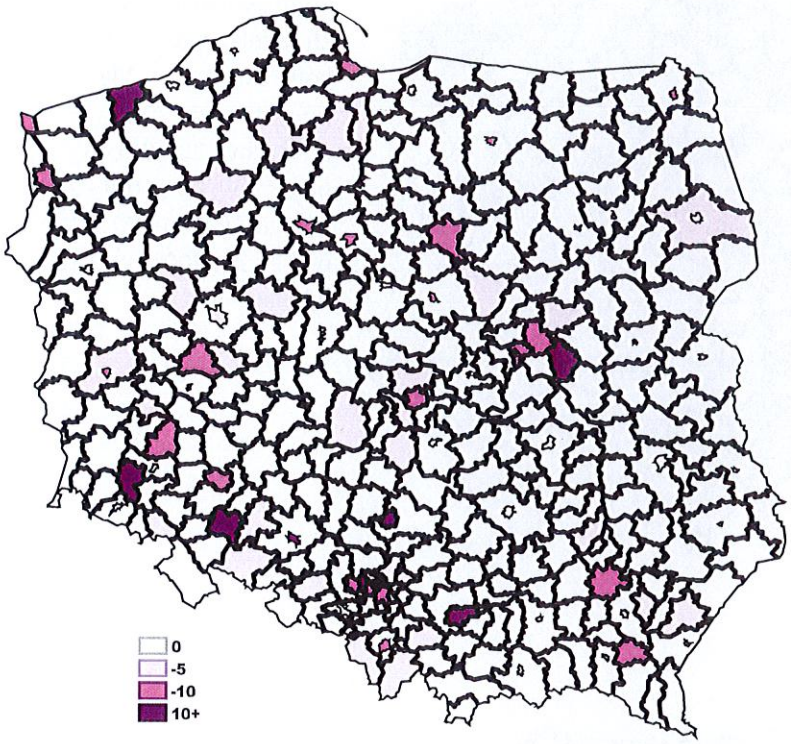
w słabo zintegrowanych lub niezintegrowanych placówkach, zarządzanych przez ok. 1200 podmiotów.

Warunkiem wdrożenia postulowanych w Programie zmian jest zastosowanie finansowania sprzyjającego modelowi opieki nastawionemu na kompleksowe zaspokojenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na określonym terytorium. Można szacować,
że już obecnie ok. 150 – 200 podmiotów, dysponuje możliwościami utworzenia centrów zdrowia psychicznego realizujących model zintegrowanej opieki środowiskowej (por. mapy 1–4 ilustrujące stan z roku 2010, wg opracowania Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN).

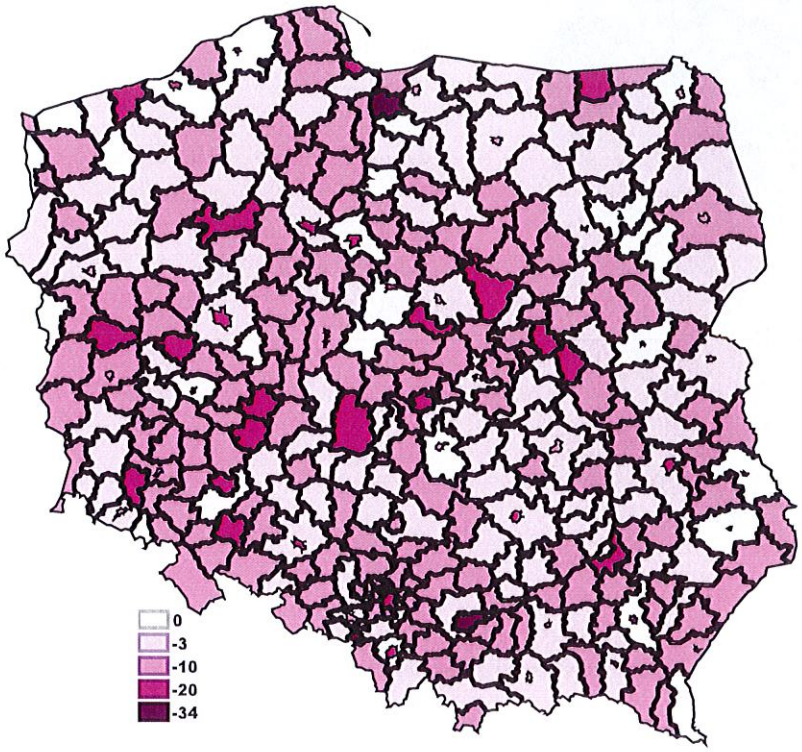
Kontynuowanie finansowania hospitalizacji psychiatrycznych według osobodnia nie sprzyja redukcji łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych i nie wyzwala większego zainteresowania rozwojem form opieki pozaszpitalnej, a w sytuacji ograniczonych środków, wpływa na niedofinansowanie tych ostatnich (blisko połowa ZLŚ ma kontrakty uniemożliwiające objęcie opieką osób potrzebujących). Racjonalizacja infrastruktury, w szczególności opieki stacjonarnej, będzie realizowana zgodnie z wykorzystaniem Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.



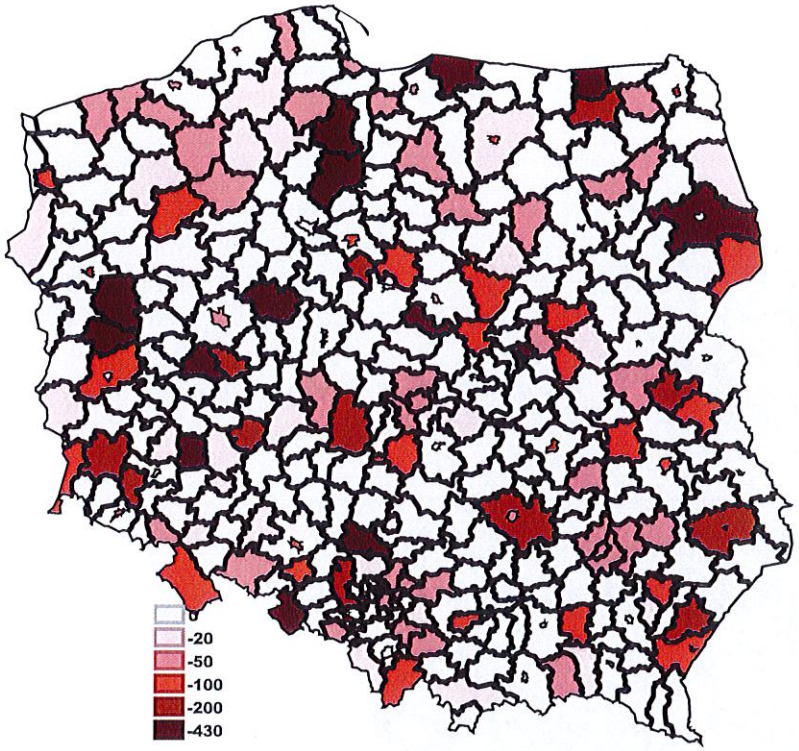
Mapa 1. Opieka środowiskowa (zespoły leczenia środowiskowego) wg wartości kontraktu na 1 mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0 zł) – 353 powiaty, do 1 zł – 12 powiatów, 1-3 zł – 9 powiatów, ponad 3 zł – 5 powiatów.



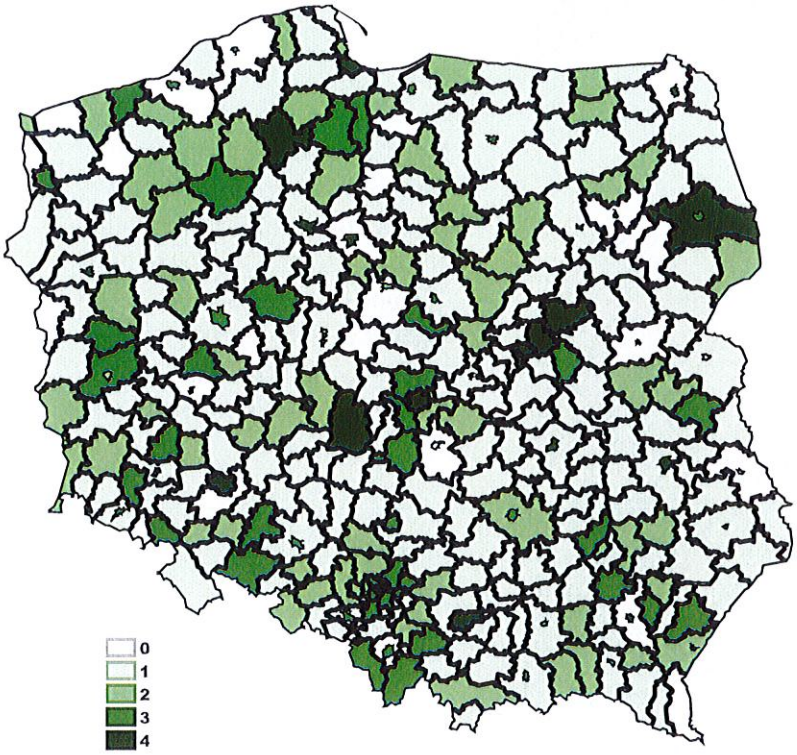
Mapa 2. Opieka dzienna wg wartości kontrakt na 1 mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0zł) – 292 powiaty, do 5 zł – 52 powiaty, 5-10 zł – 25 powiatów, ponad 10 zł – 10 powiatów



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



Mapa 4. Opieka stacjonarna w powiatach wg wartości kontraktu na mieszkańca (w zł) w roku 2010. Bez kontraktu (0 zł) - 238 powiatów, do 20 zł – 36 powiatów, 20-50 zł 48 powiatów, 50-100 zł - 27 powiatów, 100-200 zł 15 powiatów, 200-430 zł 15 powiatów.



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

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Przedmiot projektowanego rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Jarosław Pinkas, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Marek Stańczuk, specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, tel. (22) 53 00 253, e-mail: m.stanczuk@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 23.09.2016 r. **Źródło:** art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546 i 960) **Nr w Wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów:** RD108

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Mając na uwadze fakt systematycznego wzrostu w Rzeczypospolitej Polskiej liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych oraz przewidywanego jeszcze wyraźniejszego kształtowania się tej tendencji w przyszłości (ze względu na zwiększenie poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego takich jak bezrobocie, ubóstwo, przemoc czy rozluźnienie więzi społecznych), niezbędnym było przyjęcie efektywnych rozwiązań zmierzających do poprawy obecnego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Najskuteczniejszą metodą realizacji przedmiotowego celu, dającą możliwość wielopłaszczyznowego podejścia do problemu, było stworzenie podstawy dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 został przyjęty na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego[1], wydanego na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Konieczność podjęcia pilnych prac nad projektem kolejnej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej „Programem", wynika m.in. z faktu, że statystycznie co czwarta osoba miała lub będzie mieć problemy ze zdrowiem psychicznym. Niezwykle istotne jest prowadzenie działań przeciwdziałających niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, polegającej na wysokim obciążeniu populacji skutkami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi wywołanymi przez choroby i zaburzenia psychiczne, wśród których wyróżniamy: zaburzenia afektywne, psychotyczne, niepsychotyczne, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Zapewnienie obywatelom dostępu do środowiskowych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji dotkniętej zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększyć skuteczność leczenia.

Konieczność przygotowania projektu kolejnej edycji Programu wiąże się również ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916). Zgodnie z przedmiotowymi zmianami w nowej edycji Programu znajdą 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. Zadania polegające na promocji zdrowia

[1] Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128

psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych będą komplementarnie realizowane w Narodowym Programie Zdrowia – akcie wykonawczym do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektowane rozporządzenie określi katalog działań podejmowanych przez administrację publiczną mającą na celu przede wszystkim zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Program zakłada:

1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym poprzez:
   a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanego poprzez działalność centrów zdrowia psychicznego,
   b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
   c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
   d) skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;
2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
   a) opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
   b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
3) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu:
   a) unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej na potrzeby monitorowania Programu,
   b) ocena skuteczności realizacji Programu.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia psychicznego. Rozwiązania te w większości opierają się o założenia zawarte w strategicznych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia oraz OECD. Wśród głównych zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego wyróżnia się: prowadzenie działań mających na celu zapobieganie instytucjonalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, integrację i koordynację działań mających na celu promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, wsparcie dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, zwiększanie wiedzy i umiejętności pracowników służby zdrowia, umożliwienie świadczenia odpowiednio skutecznych i adekwatnych usług zdrowotnych, wdrażanie nowych rozwiązań dotyczących leczenia osób z lekkimi i umiarkowanymi zaburzeniami psychicznymi.

Wiele rządowych strategii takich jak Rządowa strategia **Wielkiej Brytanii** „No health without mental health: implementation framework" wraz z dokumentem wspierającym "Closing the Gap – priorities for essential change in mental health" określa szereg niezbędnych do podjęcia działań w zakresie zdrowia psychicznego. Bardzo podobnie sytuacja wygląda w takich krajach jak **Kanada** - „Changing Directions Changing Lives The Mental Health Strategy for Canada, **Australia** – National Mental Health Plan czy w wielu innych krajach członkowskich Unii Europejskiej, w których obowiązujące strategie jako priorytetowe działania traktują: promowanie zdrowia psychicznego czy zapewnianie dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych. Rozwiązania zawarte w poszczególnych strategiach są dostosowywane do specyfiki demograficznej, gospodarczej czy społecznej poszczególnych krajów

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Populacja polska Osoby z zaburzeniami psychicznymi	38 478 602 około 200 tys. osób objętych opieką całodobową	Główny Urząd Statystyczny. Prognoza na 31.12.2014, www.stat.gov.pl (Baza Demografia). Ministerstwo Zdrowia	1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej; 2. Rozwój badań naukowych i systemów informacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego.
Ministerstwo Zdrowia		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Sprawiedliwości		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Edukacji Narodowej		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Obrony Narodowej		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Jednostki samorządu terytorialnego		Analizy własne	Realizacja zadań przewidzianych w rozporządzeniu.
Podmioty wykonujące działalność lecznicza	Ok. 380	Szacunkowe analizy Ministerstwa Zdrowia	Możliwość ubiegania się o kontrakty na świadczenia opieki zdrowotnej
Szpitale psychiatryczne	48 szpitali psychiatrycznych oraz 127 szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi	NFZ	Możliwość ubiegania się o kontrakty na świadczenia opieki zdrowotnej
5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji			
Projekt rozporządzenia nie był poddawany pre-konsultacjom.			

Projekt został przesłany do konsultacji publicznych i zaopiniowania następującym podmiotom: Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychiatrii; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychologii klinicznej; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie neurologii; Marszałkowi Województwa Dolnośląskiego; Marszałkowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego; Marszałkowi Województwa Lubelskiego; Marszałkowi Województwa Lubuskiego; Marszałkowi Województwa Łódzkiego; Marszałkowi Województwa Małopolskiego; Marszałkowi Województwa Mazowieckiego; Marszałkowi Województwa Opolskiego; Marszałkowi Województwa Podkarpackiego; Marszałkowi Województwa Podlaskiego; Marszałkowi Województwa Pomorskiego; Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego; Marszałkowi Województwa Śląskiego; Marszałkowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego; Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego; Marszałkowi Województwa Zachodniopomorskiego; Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych; Urzędowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów; Helsińskiej Fundacja Praw Człowieka; Naczelnej Radzie Lekarskiej; Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych; Naczelnej Radzie Aptekarskiej; Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych; Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu; Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu; Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej; Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii; Radzie Krajowej Federacji Konsumentów; Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność"; Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych; Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia; Fundacji Batorego; Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej; Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan; Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień; Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich; Stowarzyszeniu Monar; Stowarzyszeniu Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej FORUM; Fundacji Instytut Spraw Publicznych; Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogi; Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego; Business Center Club; Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie; Fundacji Pomocy Chorym Psychicznie im. Tomasza Deca; Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych; Polskiemu Komitetowi Pomocy Społecznej; Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychicznej; Radzie Krajowej Federacji Konsumentów; Radzie Działalności Pożytku Publicznego; Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego Wzajemna Pomoc; Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego Zrozumieć i Pomóc; Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej Integracji oraz Radzie Dialogu Społecznego, z terminem zgłaszania uwag w ciągu 21 dni.
Wyniki konsultacji zostaną omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.
Projekt rozporządzenia z chwilą jego przekazania do uzgodnień, został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 979, z późn. zm.).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2015 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56,580 tys.
budżet państwa	0	11,000 tys	11,570 tys	11,370 tys	11,370 tys	11,270 tys	0	0	0	0	0	56,580 tys

JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem												56,580 tys.
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Budżet państwa – część 46 Zdrowie, część 28 Nauka, część 37 Sprawiedliwość, część 30 Oświata i wychowanie, część 29 Obrona Narodowa, część 42 Sprawy wewnętrzne,
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Kwoty zamieszczone w pkt 6 są wynikiem analiz i konsultacji z właściwymi Ministerstwami w związku z koniecznością realizacji zadań zamieszczonych w programie i były wynikiem sugestii poszczególnych resortów odnośnie środków przeznaczonych na Program z poszczególnych części budżetowych. Jednocześnie do ww. kwot zaliczają się środki niezbędne do prowadzenia przez Ministra Zdrowia działań związanych z koordynacją Programu.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2015 r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu	
☐	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy
Przedmiotowy projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na rynek pracy, przyczyniając się do zmniejszenia absencji chorobowej i zwiększenia produktywności pracowników oraz zwiększenia aktywizacji zawodowych osób z zaburzeniami psychicznymi

10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowana regulacja zawiera rozwiązania, które będą miały pozytywny wpływ na zdrowie osób dotkniętych lub zagrożonych zaburzeniami psychicznymi.	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Kolejna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie obowiązywała w latach 2016-2020. Zadania będą realizowane w sposób ciągły przez cały czas trwania Programu.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Ocena efektywności Programu może być dokonywana jedynie poprzez sprawozdawczość dotyczącą postępów we wdrażaniu konkretnych zadań z planu działań, które odpowiadają poszczególnym celom szczegółowym.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Nie dotyczy.