

Warszawa, dnia 15 listopada 2023 r.

Poz. 2480

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia 30 października 2023 r.

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030

Na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 oraz z 2023 r. poz. 1972) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. 1. Realizatorami Programu są:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) minister właściwy do spraw rodziny;
- 3) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego;
- 4) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania;
- 5) minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- 6) Minister Sprawiedliwości;
- 7) Minister Obrony Narodowej;
- 8) samorządy województw, powiatów i gmin;
- 9) Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, mogą realizować 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 2023 r. poz. 571).

4. W celu opracowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia informacji, o której mowa w art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, podmioty realizujące Program przekazują temu ministrowi co 2 lata informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego za 2 ostatnie lata, w terminie do dnia 15 maja roku następującego po ostatnim roku objętym informacją. Informacja zawiera odniesienie do stanu wyjściowego oraz wskaźników przedstawionych w Programie.

§ 3. Minister właściwy do spraw zdrowia kieruje realizacją Programu oraz koordynuje wykonanie zadań wynikających z realizacji Programu.

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

Prezes Rady Ministrów: *M. Morawiecki*

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2023–2030

Spis treści:

Rozdział 1. DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	s. 2
Rozdział 2. CELE PROGRAMU I SPOSÓB REALIZACJI ZADAŃ	s. 7
Rozdział 3. MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU	s. 19
Rozdział 4. NIEZBĘDNE DZIAŁANIA LEGISLACYJNE	s. 19
Rozdział 5. ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO	s. 20
Rozdział 6. KIERUNKI DZIAŁAŃ I WARUNKI ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO	s. 25

Rozdział 1

DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO**Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych**

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia blisko miliard ludzi na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych. Średnio co 40 sekund jedna osoba na świecie traci życie w wyniku zamachu samobójczego¹⁾.

Od lat eksperci wskazują na wyzwanie dla zdrowia publicznego, jakim jest ochrona zdrowia psychicznego. Problem zaburzeń i chorób psychicznych stał się szczególnie istotny w ostatnich latach. Do wzrostu rozpowszechnienia problemów psychicznych przyczyniła się epidemia COVID-19 oraz konieczność czasowego wprowadzenia związanych z nią ograniczeń. Obecnie kolejnym wyzwaniem są negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego wojny toczącej się w Ukrainie oraz konieczność zapewnienia właściwego wsparcia dla osób dotkniętych tym konfliktem.

Badania obserwacyjne z wykorzystaniem zweryfikowanych narzędzi pomiarowych i raportowania danych dotyczących problemów ze zdrowiem psychicznym w okresie pandemii obejmujące 398 771 uczestników z populacji ogólnej pokazały znaczne zróżnicowanie wskaźników ich rozpowszechnienia w różnych krajach i regionach²⁾. Nie ulega jednak wątpliwości, że częstość występowania zaburzeń psychicznych była wyższa niż przed wybuchem epidemii COVID-19. Globalnie częstość występowania depresji wyniosła 28,0%, objawy lęku zgłaszało 26,9% badanych, a 24,1% zgłaszało objawy typowe dla stresu pourazowego, 36,5% zgłaszało objawy przewlekłego stresu, a 50,0% obciążenie psychologiczne (dystres). Zaburzenia snu zgłaszało aż 27,6% badanych.

Poniżej została przedstawiona epidemiologia chorób i zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie danych zawartych w badaniu „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”, zwanym dalej „badaniem EZOP II”, które objęło swoim zasięgiem wszystkie grupy wiekowe: dzieci w wieku 0–6 lat, dzieci i młodzież w wieku 7–17 lat oraz dorosłych w wieku 18 lat i powyżej. Zebrano ponad 15 tys. wywiadów na reprezentatywnej próbie losowej

¹⁾ <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health#:~:text=Mental%20health%20is%20one%20of,every%2040%20seconds%20by%20suicide>

²⁾ Nochaiwong S., Ruengorn C., Thavorn K. et al. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 11, 10173 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8>

mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że dane w raporcie wskazują na znacznie mniejsze od przewidywanego rozpowszechnienie najczęstszych zaburzeń psychicznych, jak depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia czy zaburzenia psychiczne w okresie dziecięcym i młodzieńczym. Jednocześnie pochodzą one z okresu przed pandemią, w związku z czym obecnie należy spodziewać się innych wskaźników.

Dzieci w wieku 0–6 lat

W badaniu EZOP II wskazano, że najczęściej występującymi zaburzeniami rozwojowymi pojawiającymi się na różnych etapach życia małego dziecka są zaburzenia emocjonalno-afektywne, które wykazano u ponad 6% dzieci. Ponadto były zgłaszane zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia komunikacji społecznej oraz zaburzenia interakcji z innymi, które dotyczyły ponad 4% dzieci. Ryzyko wystąpienia większości zaburzeń rozwojowych było podobne u chłopców i dziewczynek. Różnego rodzaju zaburzenia stwierdzano u około 16% dzieci do 6. roku życia, co przekłada się na liczbę ponad 420 tys.

Dzieci i młodzież w wieku 7–17 lat

Ponad pół miliona dzieci i młodzieży cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego ponad 200 tys. to dzieci w wieku 7–11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12–17 lat. Zaburzeń internalizacyjnych, na które składają się przede wszystkim zaburzenia lękowe, doświadcza ponad 300 tys. dzieci i młodzieży, około 8% dzieci i 7% młodzieży. Zaburzenia nastroju, w tym zaburzenia depresyjne i epizody manii, potwierdziło znacznie mniej, bo 70 tys. dzieci i młodzieży. Wśród nich zdecydowana większość to nastoletnia młodzież. Można przypuszczać, zważywszy na podobne rozpowszechnienie epizodów depresji i manii, że przynajmniej kilkadziesiąt tysięcy dzieci i młodzieży cierpiało na chorobę afektywną dwubiegunową. Podobnie jak w przypadku zaburzeń internalizacyjnych, zaburzeń eksternalizacyjnych doświadczało około 300 tys. dzieci i młodzieży, w tym ponad 100 tys. doświadczało zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych). Rozpowszechnienie tych zaburzeń na wsi jest prawie dwukrotnie większe niż w miastach i przekracza wyraźnie próg 20%. Różnice w rozwoju emocjonalno-społecznym między dziećmi zamieszkującymi tereny miejskie i wiejskie mogą być spowodowane ograniczeniami w dostępie do specjalistów, którzy wykonują badania przesiewowe czy pogłębioną diagnostykę w tym kierunku. W systemie oświaty istnieje możliwość korzystania z wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka już od momentu stwierdzenia niepełnosprawności, jednak dostępność do zajęć z tego zakresu jest zróżnicowana

lokalnie. Zajęcia takie są prowadzone przez wskazane w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, 1672, 1718 i 2005) jednostki systemu oświaty. Możliwość korzystania z tej pomocy wymaga posiadania przez dziecko opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, wydanej przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym w poradni specjalistycznej. Dodatkowo, w części samorządów powiatowych (320 na 380), funkcjonują, utworzone we wskazanych przez starostę jednostkach systemu oświaty w ramach programu rządowego „Za życiem”, wiodące ośrodki koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńcze (WOKRO). WOKRO obejmują wczesnym, kompleksowym wsparciem także dzieci zagrożone niepełnosprawnością i ich rodziny. Mieszkańcy wsi często pozostają pod opieką rejonowych placówek, które mają bardzo duży obszar działania, a w związku z tym dłużej czeka się na spotkanie i pomoc. Mniej jest także specjalistycznych placówek prowadzących terapię wczesnego wspomaganie rozwoju lub są one położone w większej odległości od miejsca zamieszkania. Po części opisywane zjawisko różnic w rozwoju społecznym dzieci z miast i wsi może wynikać z ograniczeń systemowych.

Dorośli – w wieku 18 lat i więcej

W badaniu EZOP II zaburzenia psychiczne w perspektywie całego życia ujawniło 26,5% uczestników (tj. w przeliczeniu na populację około 8 330,2 tys.). Do problemów o największym rozpowszechnieniu należały: zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (7,3% – 2 307,7 tys.), napady lękowe (7,0% – 2 215,5 tys.), fobie swoiste (4,9% – 1 538,8 tys.), epizody depresji (3,9% – 1 213,0 tys.) i zaburzenia zachowania (3,8% – 1 191,7 tys.) – Tabela 1. Jak wspomniano powyżej, wszystkie dostępne dane światowe wskazują na kilkakrotnie wyższe rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych. W przeglądzie badań populacyjnych prowadzonych przy użyciu tej samej metodologii stwierdzano wskaźniki rozpowszechnienia depresji w ciągu życia na poziomie 15,0% (w ciągu roku natomiast 5,5%)³⁾. Wraz z pandemią wskaźniki te stały się jeszcze wyższe⁴⁾.

Do przeciętnie najwcześniej (tj. przed osiągnięciem wieku dorosłego) ujawniających się w ciągu życia zaburzeń należą lęki w postaci fobii (swoiste – 8,6 lat; społeczne – 11,6 lat;

³⁾ Kessler R.C., Bromet E.J. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409. PMID: 23514317; PMCID: PMC4100461.

⁴⁾ Liu X., Zhu M., Zhang R. et al. Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. *Transl Psychiatry* 11, 384 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9>.

agorafobia – 13,9 lat) i zaburzenia socjalizacyjne wieku rozwojowego (opozycyjno-buntownicze – 12,0 lat, zachowania (ang. *conduct*) – 13,3 lat). Natomiast do zaburzeń rozpoczynających się przeciętnie najpóźniej (40 lat i więcej) należą epizody depresji (40,1 lat) i neurastenia (40 lat).

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych według wielkości miejsca zamieszkania wskazuje na ciekawą zależność. Najmniejsze rozpowszechnienie notujemy na wsiach i w wielkich miastach powyżej 200 tys. mieszkańców, gdzie nie przekracza 20%, znacznie wyższe, bo sięgające 30%, w miastach małych do 50 tys. mieszkańców i w miastach średniej wielkości do 200 tys. mieszkańców. Nie można wykluczyć, że na wsiach rolę ochronną odgrywają takie czynniki jak oparcie, które dają więzi rodzinne i sąsiedzkie, a w wielkich miastach większy udział osób z wykształceniem wyższym oraz mniejszy na ogół poziom bezrobocia w porównaniu z mniejszymi miastami.

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w dorosłej populacji (wiek 18+) w okresie całego życia

Zaburzenie	Rozpowszechnienie (%)	Ekstrapolowana liczebność (w tys.)
Jakiegokolwiek zaburzenie wg ICD-10/CIDI	26,46	8 330,2
Zaburzenia nerwicowe i pokrewne (internalizacyjne)		
Jakiegokolwiek zaburzenie internalizacyjne	16,07	5 060,6
Lęk uogólniony	1,16	363,7
Lęk napadowy (napady lęku/paniki)	7,04	2 215,5
w tym zaburzenie z napadami lęku	1,19	375,6
Agorafobia	0,27	85,5
Fobia społeczna	1,65	518,9
Fobie swoiste	4,89	1 538,8
Lęk separacyjny	0,48	152,6
Obsesyjno-kompulsyjne (wg DSM-IV)	0,44	137,1
Neurastenia	0,82	256,8
Stresowe pourazowe (PTSD)	2,24	704,7
Zaburzenia nastroju (afektywne)		
Jakiegokolwiek zaburzenie afektywne	4,65	1 465,5
Epizody depresji	3,85	1 213,0
łagodny	1,10	332,4

umiarkowany	1,53	481,6
ciężki	1,27	399,1
Dystymia	0,46	152,9
Epizody manii	0,81	256,3
hipomania	0,42	132,5
mania	0,39	123,8
Objawy bliskie psychotycznym		
co najmniej jeden z sześciu objawów bliskich psychotycznym	0,95	298,4
co najmniej jeden z sześciu objawów bliskich psychotycznym po wyłączeniu związanych ze snem lub używaniem substancji	0,42	133,5
Zaburzenia eksternalizacyjne		
Jakiegokolwiek zaburzenie eksternalizacyjne	11,63	3 662,0
Zachowania (ang. <i>conduct</i>)	3,79	1 191,7
Opozycyjno-buntownicze	0,29	90,4
Okresowe eksplozywne (wg DSM-IV)	1,33	419,7
Z napadami objadania się (wg DSM-IV)	0,71	233,0
Związane z używaniem alkoholu	7,3	2 307,7
w tym uzależnienie od alkoholu	1,9	582,5
Związane z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna	1,2	383,0
w tym uzależnienie od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna	0,2	59,6
Regularne używanie tytoniu	34,0	10 704,2
w tym uzależnienie od nikotyny	2,2	695,4
Zagrożenie patologicznym hazardem	0,2	48,6
Myśli samobójcze	1,4	441,3

Źródło danych: Raport z badania EZOP II.

Występowanie zaburzeń psychicznych w życiu potwierdza ponad 25% mężczyzn i nieco mniej niż 20% kobiet. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych zwiększa się wraz z wiekiem od 19,2% w wieku 18–29 do 34,2% w wieku 65+. Szczyt rozpowszechnienia wśród seniorów

przypada na wiek 65–69 lat, a następnie po 70. roku życia rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych spada.

Dane na temat liczby samobójstw są gromadzone przez Komendę Główną Policji. Jak wynika z dostępnych statystyk, łączna liczba zamachów samobójczych wyniosła w 2021 r. 13 798, w tym samobójstw dokonanych – 5201. Zamachy samobójcze zakończyły się zgonem wśród 4413 mężczyzn oraz 787 kobiet. Najczęstszym sposobem dokonania zamachu samobójczego było powieszenie się (stanowiące 78%), rzucenie się z wysokości (ok. 7%) oraz rzucenie się pod pojazd w ruchu (prawie 3%), a najrzadziej dokonywano zamachu przez zatrucie środkami odurzającymi. Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych zakończonych zgonem to choroba psychiczna albo zaburzenia psychiczne oraz nieporozumienia rodzinne lub przemoc w rodzinie. Najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 19–24 lat – 1573 oraz wśród osób w wieku 30–34 lat – 1504⁵⁾.

Dane uzyskane w badaniu EZOP II odnoszą się również do zachowań samobójczych. Badanie wykazało, że 1,5% osób potwierdziło, że kiedykolwiek w życiu miało myśli samobójcze, natomiast po ekstrapolacji na populację można szacować, że ponad 110 tys. dorosłych podejmowało próby samobójcze.

Rozdział 2

CELE PROGRAMU I SPOSÓB REALIZACJI ZADAŃ

1. Cele główne Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, zwanego dalej „Programem”, to:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb;
- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

2. Cele szczegółowe Programu:

- 1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb:

⁵⁾ Dane Komendy Głównej Policji dostępne na stronie: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.

- a) upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej,
 - b) upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne,
 - c) upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych,
 - d) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - e) aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - f) skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia,
 - g) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom,
 - h) opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi,
 - i) upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych,
 - j) opracowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeczającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień;
- 2) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
- a) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

3. Zadania podmiotów:

I. Minister właściwy do spraw zdrowia:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadania:

- 1) monitorowanie postępów wdrażania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego bazującego na leczeniu środowiskowym w ramach centrów zdrowia psychicznego (zwanymi dalej „CZP”);
- 2) wdrożenie przygotowanych, 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 ochrony zdrowia;
- 5) wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej;
- 6) określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w modelu środowiskowym ochrony zdrowia psychicznego.

Wskaźniki monitorowania, oczekiwane efekty realizacji: procent populacji objęty opieką w ramach CZP, przygotowany dokument zawierający zalecenia lub standardy, zmiana programów kształcenia, liczba przeszkolonych kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Cel szczegółowy: 1b upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne.

Zadania:

- 1) wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci podmiotów nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne;
- 2) przygotowanie i upowszechnianie standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;
- 3) wspieranie podnoszenia kwalifikacji i kompetencji kadr niezbędnych do realizacji świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;
- 4) wspieranie współpracy z jednostkami systemu oświaty, pomocy społecznej oraz jednostkami i podmiotami realizującymi zadania z zakresu wspierania rodziny, systemu pieczy zastępczej i adopcji w celu zapewnienia kompleksowego wsparcia dzieciom i młodzieży doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom.

Wskaźniki monitorowania, oczekiwane efekty realizacji: odsetek dzieci objętych opieką w stosunku do populacji powiatu, w którym funkcjonuje co najmniej jeden podmiot I poziomu referencyjnego, liczba miejsc w oddziale dziennym dla dzieci i młodzieży na 100 tys. osób poniżej 18. roku życia, przygotowany dokument zawierający zalecenia lub standardy.

Cel szczegółowy: 1c upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych.

Zadania:

- 1) przygotowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w realizacji świadczeń w obszarze zdrowia psychicznego modelu kompleksowej oferty leczenia specjalistycznego w ramach specjalistycznych programów oraz oddziałów dedykowanych leczeniu wysokospecjalistycznemu;
- 2) wspieranie i monitorowanie tworzenia sieci dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych;
- 3) wdrażanie na poziomie podyplomowym szkoleń niezbędnych w realizacji wysokospecjalistycznych programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych.

Wskaźniki monitorowania, oczekiwane efekty realizacji: liczba wystandaryzowanych specjalistycznych programów terapeutycznych; liczba wdrożonych procedur diagnostycznych, liczba zawartych umów na realizację świadczeń w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych oraz liczba zawartych umów na realizację wysokospecjalistycznych procedur diagnostycznych.

Cel szczegółowy: 1f skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia.

Zadania:

- 1) opracowanie założeń dla utworzenia lub desygnowania w Instytucie Psychiatrii i Neurologii 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) monitorowanie realizacji Programu we współpracy z Radą do spraw Zdrowia Psychicznego,

- c) sporządzanie informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego przekazywanych do Ministerstwa Zdrowia na podstawie informacji uzyskanych od podmiotów realizujących Program;
- 2) przygotowanie ram i zasad współdziałania CZP z innymi podmiotami leczniczymi, a także podmiotami świadczącymi oparcie społeczne oraz aktywizację społeczno-zawodową oraz wsparcie rodzin w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw rodziny.

Oczekiwany efekt realizacji: umożliwienie prowadzenia kompleksowej koordynacji zadań, bieżącego analizowania wykonalności Programu oraz prowadzenia kompleksowej ewaluacji.

Cel szczegółowy: 1h opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi.

Zadania:

- 1) opracowanie założeń zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi;
- 2) wspieranie i monitorowanie procesu wdrażania zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi.

Cel szczegółowy: 1i upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych.

Zadania:

- 1) opracowanie założeń do rekomendowanych programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych;
- 2) wspieranie i monitorowanie wdrażania rekomendowanych programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych;
- 3) wspieranie współpracy z jednostkami systemu oświaty w celu zapewnienia kompleksowego wsparcia dzieciom i młodzieży problemowo korzystającym z nowych technologii cyfrowych;
- 4) wspieranie placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnego identyfikowania dzieci i młodzieży zagrożonych problemowym korzystaniem z nowych technologii cyfrowych;

- 5) wspieranie podnoszenia kwalifikacji i kompetencji kadr w zakresie realizacji programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych.

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

Zadania:

- 1) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach;
- 2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

II. Minister właściwy do spraw rodziny oraz minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1d upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadanie: wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania oraz unowocześniania pomocy i wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej.

Cel szczegółowy: 1e aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) wdrażanie rozwiązań prawnych lub organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) wspieranie powstawania i działalności organizacji pozarządowych i ruchów samopomocowych:
 - a) osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin – służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym,
 - b) 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.

III. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1g udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Zadanie – przygotowanie w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty.

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

Cel szczegółowy: 2b prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadanie – zapobieganie stygmatyzacji i wykluczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach systemu oświaty.

IV. Minister Sprawiedliwości:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadanie – zapewnienie osobom pozbawionym wolności przebywającym w zakładach karnych i aresztach śledczych oraz nieletnim przebywającym w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego.

V. Minister właściwy do spraw wewnętrznych:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadania:

- 1) opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków sprzyjających upowszechnianiu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 2) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do założeń środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego.

VI. Minister Obrony Narodowej:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadania:

- 1) opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków sprzyjających kompleksowej opiece psychiatrycznej, w tym rozwojowi środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- 3) monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego weteranów działań poza granicami państwa i weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa.

VII. Narodowy Fundusz Zdrowia:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadania:

- 1) finansowanie świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowości opieki i modelu środowiskowego;
- 2) dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 3) utrzymanie modelu finansowania zryczałtowanego pozwalającego na objęcie kompleksową podstawową opieką psychiatryczną populacji;
- 4) opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych.

VIII. Samorzady województw:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadania:

- 1) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa; wojewódzki program może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, w tym map w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym terytorium;

opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

- 3) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym przez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

Wskaźnik monitorujący: opracowany dokument.

Cel szczegółowy: 1d upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

- 1) aktualizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego;
- 2) wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości i skuteczności realizowanym działaniom.

Cel szczegółowy: 1e aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Cel szczegółowy: 1f skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia.

Zadania:

- 1) opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa;

- 3) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatów, w postaci elektronicznej lub papierowej.

IX. Samorządy powiatów:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1a upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej.

Zadania:

- 1) opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w powiecie lub gminie;
- 2) utworzenie CZP zgodnie z zasadami organizacyjnymi zawartymi w rozdziale 5 Programu.

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

Cel szczegółowy: 1d 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 oraz samopomocy środowiskowej;
- 2) wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.

Cel szczegółowy: 1e aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi;

- 2) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy.

Cel szczegółowy: 1f 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;
- 3) realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 4) przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w postaci papierowej lub elektronicznej).

X. Jednostki samorządu terytorialnego:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 1g udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Zadania:

- 1) zapewnienie wsparcia specjalistycznego dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przy współpracy z podmiotami działającymi na rzecz wsparcia dzieci, uczniów, rodzin, nauczycieli;

- 2) udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom w jednostkach systemu oświaty.

Rozdział 3

MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU

Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu jest prowadzona w oparciu o:

- 1) gromadzenie i analizowanie informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie;
- 2) opracowanie narzędzi i wskaźników transformacji systemu opieki psychiatrycznej oraz monitorowanie tego obszaru.

Zadanie – przygotowanie dokumentów oceniających efekty realizacji Programu.

Wskaźnik monitorujący: raporty zawierające informacje dotyczące zasobów organizacyjnych i kadrowych opieki psychiatrycznej, wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, dostępności, jakości i efektywności opieki psychiatrycznej.

Rozdział 4

NIEZBĘDNE DZIAŁANIA LEGISLACYJNE

Jednym z kluczowych elementów Programu jest określenie kierunkowych prac legislacyjnych niezbędnych do podjęcia w zakresie wdrażania założeń Programu opisanych w celach głównych i szczegółowych, w tym przede wszystkim zmian mających na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

W okresie realizacji Programu w sposób bieżący będą analizowane i w sytuacji tego wymagającej nowelizowane przede wszystkim następujące akty prawne:

- 1) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 oraz z 2023 r. poz. 1972),
- 2) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692 i 1972),

- 3) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972),
- 4) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.⁶⁾),
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.⁷⁾)

– przy czym zakres nowelizacji będzie określany w zależności od zidentyfikowanych w danym momencie potrzeb.

Jednocześnie w ramach szczegółowych zadań określonych w Programie analiza oraz wdrożenie niezbędnych działań legislacyjnych może dotyczyć aktów prawnych niewymienionych w rozdziale, innych obszarów systemu ochrony zdrowia oraz obszarów i aktów prawnych zidentyfikowanych przez pozostałych realizatorów Programu, w szczególności w zakresie: rodziny, zabezpieczenia społecznego, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych czy sprawiedliwości.

Rozdział 5

ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Funkcje, struktura i organizacja CZP.

CZP realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

- 1) poprawa jakości leczenia psychiatrycznego i psychoterapii – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i standardu warunków świadczenia pomocy;
- 2) pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi 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 częstości i długości czasu trwania hospitalizacji;

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872 i 1938.

⁷⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1640, z 2020 r. poz. 456, 1641, 1785 i 2155, z 2021 r. poz. 2400, z 2022 r. poz. 2184 oraz z 2023 r. poz. 510.

- 5) uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego.

CZP dla dorosłych

1. Funkcjonowanie

Kompleksowość opieki świadczonej przez CZP wynika:

- 1) z indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej osobom z zaburzeniami psychicznymi mieszkającym w obszarze działania CZP;
- 2) ze zróżnicowania realizowanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) z koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych;
- 4) z dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.

CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze lub innych okoliczności. Rozmieszczenie CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP.

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

Umiejscowienie CZP – pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze leczenie stacjonarne jest realizowane na zasadach ogólnych w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kontraktowanych przez NFZ w standardzie 25 łóżek na 100 tys. populację osób powyżej 18. roku życia zamieszkałą na obszarze działania CZP.

Pomoc w przypadkach nagłych⁸⁾ i pilnych⁹⁾ – CZP zapewnia, w miarę możliwości, natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych – w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.

⁸⁾ Stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

⁹⁾ Jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.

CZP udziela pomocy:

- 1) czynnej – leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu, wyprzedzającego powstawanie poważniejszych problemów zdrowotnych;
- 2) długoterminowej – innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- 3) krótkoterminowej – osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- 4) doraźnej – osobom w stanach nagłych i pilnych, a w centrach typu B całodobowej w ramach punktu zgłoszeniowo-konsultacyjnego (zwanego dalej „PZK”);
- 5) konsultacyjnej – innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

Pierwszy kontakt osoby zgłaszającej się z powodu zaburzeń psychicznych ma miejsce w PZK, gdzie jest możliwe natychmiastowe przekierowanie do ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób.

Podmiot prowadzący CZP może również posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień bądź innych świadczeń specjalistycznych kontraktowanych na zasadach ogólnych.

2. Struktura

CZP dla dorosłych składa się co najmniej z:

- 1) w ramach CZP typu A:
 - a) świadczeń stacjonarnych:
 - psychiatrycznych,
 - w miejscu udzielania pomocy doraźnej,
 - b) dziennych psychiatrycznych,
 - c) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) z PZK;
- 2) w ramach CZP typu B:
 - a) dziennych psychiatrycznych,
 - b) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) z punktem zgłoszeniowo koordynacyjnym,
 - c) całodobowej opieki w ramach PZK.

Zadania PZK to w szczególności: szybka rejestracja, koordynacja świadczeń, w koniecznych przypadkach interwencja kryzysowa. PZK jest czynny co najmniej od poniedziałku do piątku,

poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8:00 do 18:00 w centrach typu A, a w centrach typu B jest czynny całodobowo przez 7 dni w tygodniu.

Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

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.

Istnieje możliwość udzielania przez CZP innych specjalistycznych świadczeń, w zależności od potrzeb (np. dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).

W CZP można organizować alternatywne wobec tradycyjnych formy wsparcia i leczenia, jeżeli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeżeli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką.

3. Warunki organizacyjne

CZP jest podmiotem udzielającym skoordynowanych i kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach CZP umożliwia objęcie kompleksową opieką psychiatryczną pacjentów z obszaru funkcjonowania CZP. Finansowanie świadczeń społecznych wynika z obowiązujących aktualnie regulacji.

Dokumentacja medyczna – przez cały okres korzystania ze świadczeń w CZP jest prowadzona jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja medyczna, na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oparty o trzy poziomy referencyjne

Głównym założeniem nowego modelu jest tworzenie ośrodków środowiskowych I stopnia referencyjności – Zespołów i Ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, zatrudniających psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Takie ośrodki udzielają pomocy także tym dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych, pojawiających się w dzieciństwie, można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji, jak psychoterapia indywidualna i grupowa,

terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Warunkiem jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy. Pozwala to nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby. Jest to kierunek zmian zgodny z obecnymi tendencjami kształtowania systemów ochrony zdrowia psychicznego w innych europejskich krajach oraz zgodny z międzynarodowymi rekomendacjami.

Zakłada się, aby docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów funkcjonował ośrodek I stopnia referencyjnego. Sieć ośrodków musi być rozmieszczona w zbliżonej lokalizacji, tak aby umożliwiała pracownikom ścisłą współpracę ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza jednostkami systemu oświaty. Współpraca ze szkołami i poradniami działającymi w ramach systemu oświaty jest bowiem bardzo istotna dla zapewnienia skutecznej i kompleksowej opieki.

W ramach ośrodków II poziomu, gdzie jest zatrudniany lekarz specjalista psychiatra lub lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, pacjenci wymagający bardziej intensywnej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych w ramach oddziału dziennego lub poradni zdrowia psychicznego, w której będą udzielane również świadczenia w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych. Jeden taki ośrodek będzie obejmował wsparciem pacjentów z kilku położonych obok siebie powiatów oraz koordynował opiekę udzielaną na tym obszarze również przez I poziom referencyjny.

Na najwyższym, III poziomie referencyjności, zakłada się funkcjonowanie ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc jest udzielana pacjentom wymagającym najbardziej specjalistycznej opieki, w szczególności osobom w stanie zagrożenia życia i zdrowia, które są przyjmowane w szczególności w trybie nagłym.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień i jest stopniowo wdrażany na terenie całego kraju. Co bardzo ważne, pacjenci mogą zgłosić się do tych podmiotów bez skierowania lekarskiego, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rozdział 6

**KIERUNKI DZIAŁAŃ I WARUNKI ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA
PSYCHICZNEGO****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.

Wdrożenie kompleksowego i zintegrowanego modelu opieki nad osobami z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych i zaburzeniami czynnościowymi, zapewniającego poprawę dostępności do leczenia osób uzależnionych i ich bliskich oraz gwarantującego współpracę z CZP w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych dostosowanych do potrzeb pacjentów.

Zadania

1. Systemowa, dostosowana do potrzeb reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca pomoc 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”):

- 1) oparta o model opieki środowiskowej:
 - a) odpowiedzialną terytorialnie – jedynie w przypadku populacji osób dorosłych,
 - b) zróżnicowaną funkcjonalnie: doraźną, bierną krótko- i długoterminową, czynną (tzw. *assertive outreach*);
- 2) kompleksowa: opieka ambulatoryjna, mobilna lub środowiskowa, dzienna, całodobowa;
- 3) koordynowana: leczenie, systemy wsparcia, uczestnictwo społeczne i zawodowe;
- 4) wielodyscyplinarna: zespoły wielodyscyplinarne z odpowiedzialnym kierowaniem;
- 5) skuteczna, tzn. respektująca dostępne doświadczenie, dowody naukowe i standardy postępowania;
- 6) respektująca prawa jednostki i jej godność.

2. Poprawa wskaźników efektywności systemu:

- 1) dostępności świadczeń: docelowo podstawowe świadczenia realizowane przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę – nagle natychmiast, pilne w czasie nie dłuższym niż 72 godziny;
- 2) zdrowotnych (według ICD¹⁰⁾), w tym wskaźników zapadalności, chorobowości, współchorobowości somatycznej, przedwczesnej śmiertelności, czasu trwania życia, samobójstw, DALY's¹¹⁾);
- 3) społecznych, w tym poziomu funkcjonowania, niesamodzielności, niepełnosprawności, czasowej niezdolności do pracy, jakości życia, wykluczenia i dyskryminacji;
- 4) ekonomicznych (relacja nakładów do efektów i efektywności).

3. Realizacja zadań z zakresu przeciwdziałania stygmatyzacji i autostygmatyzacji w obszarze ochrony zdrowia.

Warunki

- 1) zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy); zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu, promocja oraz poszerzanie wiedzy o zaburzeniach psychicznych, a także adaptacja do życia społecznego osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych;
- 2) ewolucja postaw profesjonalnych w kierunku zrozumienia i upowszechnienia zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej, aktualizacja i optymalizacja standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych środowiskowej opieki psychiatrycznej;
- 3) podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatne do skali potrzeb, zwłaszcza długu zdrowotnego i pogorszenia zdrowia psychicznego w związku z pandemią i sytuacją geopolityczną – zaliczenie ochrony zdrowia psychicznego do priorytetowych zadań polityki zdrowotnej i społecznej państwa;
- 4) zmiana organizacyjna (zasoby, instytucje, kadry, koordynacja, finansowanie, inwestowanie, rozwój modelu środowiskowego ochrony zdrowia psychicznego).

4. Współpraca międzyresortowa 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

¹⁰⁾ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

¹¹⁾ Wskaźnik lat życia skorygowanych niesprawnością – stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa.

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).

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

6. Kształcenie kadr – zwiększenie kompetencji lekarzy w kształceniu przeddyplomowym z zakresu psychiatrii, 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 prac nad regulacjami dotyczącymi zawodu psychoterapeuty.

7. Kształcenie kadr – zwiększenie kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i psychologów klinicznych w kształceniu przeddyplomowym z zakresu problematyki uzależnień w celu rozpoznawania wczesnych symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeń czynnościowych.

8. 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).

9. Finansowanie: zapewnienie świadczeń ze środków publicznych:

- 1) w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od zasady finansowania pojedynczych usług i zasobów na rzecz zasady finansowania świadczeń w sposób kompleksowy;
- 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.

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