

Załącznik do rozporządzenia  
Rady Ministrów z dnia ... 2023 r.  
(Dz. U. poz. ...)

**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 I ZADANIA PROGRAMU .....	s. 7
Rozdział 3. ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO .....	s. 18
Rozdział 4. KIERUNKI DZIAŁAŃ I WARUNKI ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ .....	s. 22

## 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 samobójczego<sup>1)</sup>.

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 regionach<sup>2)</sup>. Jednak nie ulega 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% 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 przedstawiona została 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)”, zwanego 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

---

<sup>1)</sup> <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>

<sup>2)</sup> 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>

w wieku 18 lat i powyżej. Zebrano ponad 15 tys. wywiadów na reprezentatywnej próbie losowej mieszkańców naszego kraju. 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 zgłaszane były 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 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).

#### Dorośli – 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%)<sup>3)</sup>. Wraz z pandemią wskaźniki te stały się jeszcze wyższe<sup>4)</sup>.

Do przeciętnie najwcześniej (tj. przed osiągnięciem wieku dorosłego) ujawniających się w ciągu życia zaburzeń należą lęki o postaci fobii (swoiste – 8,6 lat; społeczne – 11,6 lat; agorafobia – 13,9 lat) i zaburzenia socjalizacyjne wieku rozwojowego (opozycyjno-buntownicze – 12,0 lat, zachowania 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).

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w dorosłej populacji (wiek 18+) w okresie całego życia, oraz odsetkiem osób podejmujących leczenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Zaburzenie	Rozpowszechnienie (%)		Ekstrapolowana liczebność (w tyś)	Leczenie w okresie ostatnich 12 miesięcy (%)
Jakiegokolwiek zaburzenie wg ICD-10/CIDI	26,46	8 330,2	—	
<b>Zaburzenia nerwicowe i pokrewne (internalizacyjne)</b>				
Jakiegokolwiek zaburzenie internalizacyjne	16,07	5 060,6	—	
Lęk uogólniony	1,16	363,7	22,16	
Lęk napadowy (napady lęku/paniki)	7,04	2 215,5	17,9	
w tym zaburzenie z napadami lęku	1,19	375,6	13,4	

<sup>3)</sup> Kessler RC, Bromet EJ. 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.

<sup>4)</sup> 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	0,27	85,5	15,7
Fobia społeczna	1,65	518,9	8,4
Fobie swoiste	4,89	1 538,8	1,3
Lęk separacyjny	0,48	152,6	25,1
Obsesyjno-kompulsyjne (wg DSM-IV)	0,44	137,1	0
Neurastenia	0,82	256,8	46,0
Stresowe pourazowe (PTSD)	2,24	704,7	12,4
Zaburzenia nastroju (afektywne)			
Jakiegokolwiek zaburzenie afektywne	4,65	1 465,5	—
Epizody depresji	3,85	1 213,0	15,4
łagodny	1,10	332,4	3,7
umiarkowany	1,53	481,6	13,7
ciężki	1,27	399,1	26,1
Dystymia	0,46	152,9	33,2
Epizody Manii	0,81	256,3	12,04
hipomania	0,42	132,5	0
mania	0,39	123,8	18,4
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	10
Zaburzenia eksternalizacyjne			
Jakiegokolwiek zaburzenie eksternalizacyjne	11,63	3 662,0	—
Zachowania (conduct)	3,79	1 191,7	0

Opozycyjno-buntownicze	0,29	90,4	0
Okresowe eksplozywne (wg DSM-IV)	1,33	419,7	3,1
Z napadami objadania się (wg DSM-IV)	0,71	233,0	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	21,8
w tym uzależnienie od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna	0,2	59,6	49,2
Regularne używanie tytoniu	34,0	10 704,2	
w tym uzależnienie od nikotyny	2,2	695,4	—
Zagrożenie patologicznym hazardem	0,2	48,6	0
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 – 1504<sup>5)</sup>.

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 tysięcy dorosłych podejmowało próby samobójcze.

## Rozdział 2

### **CELE I ZADANIA PROGRAMU**

#### 1. Cele główne Programu:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz doświadczających kryzysu psychicznego wszechstronnej i kompleksowej 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. Cele szczegółowe Programu:

- 1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:
  - 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 osób z zaburzeniami psychicznymi,
  - f) skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia,

---

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

- g) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;
- 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) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie, opracowanie narzędzi i wskaźników transformacji systemu opieki psychiatrycznej oraz monitorowanie tego obszaru.

### 3. Zadania podmiotów:

#### I. Minister właściwy do spraw zdrowia:

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

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

#### Zadania:

- 1) monitorowanie postępów wdrażania przez Fundusz kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego bazującego na leczeniu środowiskowym w ramach centrów zdrowia psychicznego (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/standardy, zmiana programów kształcenia, liczba przeszkolonych kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Cel szczegółowy: 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 podmiotów 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 placówkami oświatowymi oraz opieki społecznej w celu zapewnienia kompleksowego wsparcia dzieciom i młodzieży doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom.

Wskaźniki monitorowania, oczekiwane efekty realizacji: odsetek powiatów, na których 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: 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 kompletnego 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; liczba zawartych umów na realizację wysokospecjalistycznych procedur diagnostycznych.

Cel szczegółowy: 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 rocznych sprawozdań 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 w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego.

Oczekiwany efekt realizacji: poprawa koordynacji Programu.

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.

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

Cel szczegółowy: gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie.

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.

## II. Minister właściwy do spraw rodziny oraz zabezpieczenia społecznego

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej 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 oraz unowocześniania pomocy i wsparcia 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, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem kierunków polityki rodzinnej i senioralnej;
- 3) określenie standardów finansowania usług z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

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

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

Zadania:

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

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.

### III. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania

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

Cel szczegółowy: udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego 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, w szczególności młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi.

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

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

Zadania:

- 1) zapobieganie stygmatyzacji i wykluczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach systemu oświaty;

- 2) przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia programów i działań antystygmatyzacyjnych.

#### IV. Minister Sprawiedliwości

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

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

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

#### V. Minister właściwy do spraw wewnętrznych

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

Cel szczegółowy: 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 wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 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 rozwoju 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 wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

Cel szczegółowy: 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 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 3) utrzymanie modelu finansowania zryczałtowanego na populację pozwalającego na objęcie kompleksową podstawową opieką psychiatryczną pacjentów z obszaru jego działania;
- 4) opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych.

## VIII. Samorządy województw

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

Cel szczegółowy: 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 zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym. 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 poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

Wskaźnik monitorujący: opracowany dokument.

Cel szczegółowy: 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 działaniom skutecznym.

Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności z zaburzeniami psychicznymi;

- 3) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności 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 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 powiatowe, w wersji elektronicznej lub papierowej.

#### IX. Samorządy powiatów

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

Cel szczegółowy: powszechnienie 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 4 Programu.

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 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: aktywizacja zawodowa 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, zwanych dalej „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, skoordynowanie 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 wersji papierowej lub elektronicznej).

## X. Jednostki samorządu terytorialnego

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

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

- 1) wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- 2) udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach oświatowych.

### Rozdział 3

## **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;
- 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 r.ż. zamieszkałą na obszarze działania CZP.

Pomoc w przypadkach nagłych<sup>6)</sup> i pilnych<sup>7)</sup> – CZP zapewnia, w miarę możliwości, natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych – w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.

CZP udziela pomocy:

- 1) czynnej, tj. leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego 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, w centrach typu B całodobowej w ramach punktu zgłoszeniowo- konsultacyjnego (PZK);
- 5) konsultacyjnej – innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

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

---

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.

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 punktem zgłoszeniowo koordynacyjnym;
- 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.

W szczególności zadania punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego to: 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, 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, dla wybranych grup pacjentów (np. dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).

Alternatywne wobec tradycyjnych formy wsparcia i leczenia można organizować 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.

### 3. Warunki organizacyjne

Forma prawna – CZP jest podmiotem leczniczym, wydzieloną strukturą w ramach podmiotu leczniczego lub funkcjonuje jako konsorcjum podmiotów lub zakładów.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 i 2280).

### **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 taki ośrodek I stopnia referencyjnego. Sieć ośrodków musi być bowiem dosyć gęsta, tak aby umożliwiała pracownikom ścisłą współpracę ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza placówkami oświatowymi. Współpraca ze szkołami i poradniami działającymi w ramach resortu oświaty jest bowiem bardzo istotna dla zapewnienia skutecznej i kompleksowej opieki.

Poza ośrodkami I poziomu istotne są ośrodki II poziomu, gdzie zatrudniany jest lekarz specjalista psychiatra lub lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, a 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 m.in. świadczenia w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych. Jeden taki ośrodek będzie obejmował wsparciem pacjentów z kilku sąsiadujących ze sobą powiatów i koordynuje opiekę udzielaną na tym obszarze również przez I poziomu referencyjne.

Na III, najwyższym poziomie referencyjności, zakłada się funkcjonowanie Ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc jest udzielana pacjentom wymagającym najbardziej specjalistycznej opieki, w tym 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 (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.<sup>8)</sup>) i jest stopniowo wdrażany na terenie całego kraju. Co bardzo ważne pacjenci mogą zgłosić się do tych podmiotów bez skierowania lekarskiego.

## Rozdział 4

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

#### **Kierunek zmian**

---

8) 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 oraz z 2022 r. poz. 2184.

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 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.:

1) opartą 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) kompleksową: ambulatoryjną, mobilną lub środowiskową, dzienną, całodobową;

3) koordynowaną: leczenie, systemy wsparcia, uczestnictwo społeczne i zawodowe;

4) wielodyscyplinarną: zespoły wielodyscyplinarne z odpowiedzialnym kierowaniem;

5) skuteczną, tzn. respektującą dostępne doświadczenie, dowody naukowe i standardy postępowania;

6) respektującą 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 – nagłe natychmiast, pilne w czasie nie dłuższym niż 72 godziny;

2) zdrowotnych (według ICD<sup>9)</sup>), w tym wskaźników zapadalności, chorobowości, współchorobowości somatycznej, przedwczesnej śmiertelności, czasu trwania życia, samobójstw, DALY's<sup>10)</sup>);

3) społecznych, w tym poziomu funkcjonowania, niesamodzielnosci, niepełnosprawności, czasowej niezdolności do pracy, jakości życia, wykluczenia i dyskryminacji);

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

---

<sup>10)</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

<sup>11)</sup> Wskaźnik lat życia skorygowanych niesprawnością - stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa.

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

### **Warunki**

- 1) zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy);
- 2) zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, promowanie poszerzania wiedzy o zaburzeniach psychicznych oraz włączenia społecznego osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
- 3) ewolucja postaw profesjonalnych – w kierunku zrozumienia i upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej, aktualizacja i optymalizacja standardów organizacyjnego i diagnostyczno-terapeutycznego środowiskowej opieki psychiatrycznej;
- 4) ewolucja polityczna (odpowiedzialność, legislacja, zarządzanie);
- 5) 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,
- 6) 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 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 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.



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

7. 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.

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 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.

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