



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-114,121,122,123,164-07

Druk nr 78

Warszawa, 6 listopada 2007 r.

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekty ustaw

- 1) o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wraz z projektami aktów wykonawczych – projekt ma na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej,
- 2) o nadaniu Akademii Medycznej w Białymstoku nazwy „Uniwersytet Medyczny w Białymstoku”,
- 3) o nadaniu Akademii Medycznej w Warszawie nazwy „Warszawski Uniwersytet Medyczny”,
- 4) o nadaniu Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie nazwy „Uniwersytet Medyczny w Lublinie

5) o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wraz z projektem aktu wykonawczego.

W załączeniu przedstawiam także opinie dotyczące zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

(-) Jarosław Kaczyński

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Art. 1. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹⁾) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. 1. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
 - 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
 - 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.
2. Zadania, o których mowa w ust. 1, są realizowane przez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.
3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa w szczególności:
- 1) okres jego obowiązywania,
 - 2) diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym zróżnicowań regionalnych,

- 3) cele główne i cele szczegółowe,
 - 4) podmioty biorące udział w jego realizacji,
 - 5) sposób realizacji zadań,
 - 6) niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.
4. Prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin.
 5. W realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uczestniczą Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministrowie, właściwi ze względu na charakter działań określonych w Programie.
 6. Wskazane w ust. 4 działania polegają w szczególności na:
 - 1) promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
 - 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, w tym rodzinnym, zawodowym,
 - 3) rozwoju badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.
 7. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, uwzględniając zagadnienia, o których mowa w ust. 3, oraz biorąc pod uwagę konieczność ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada Radzie Ministrów, w terminie do dnia 30 września każdego roku, informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim.
9. Rada Ministrów składa corocznie Sejmowi, w terminie do dnia 31 października, informację o realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim.”.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2009 r.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462 oraz z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831.

UZASADNIENIE

Nowelizacja art. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) ma na celu stworzenie podstawy prawnej dla Rady Ministrów do podjęcia działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez określenie, w drodze rozporządzenia, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 2 ust. 3 pkt 1 ustawy Program będzie przyjmowany na określony czas. Pierwszy program, na lata 2009-2013, jest przygotowywany przez Ministra Zdrowia przy udziale Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Przy opracowaniu i realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uczestniczyć będą przedstawiciele Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Sprawiedliwości oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Problematyka zdrowia psychicznego społeczeństwa leży nie tylko w gestii Ministra Zdrowia, ale i wyżej wymienionych podmiotów, które w swoich działaniach realizowanych w podległych im placówkach, zakładach, jednostkach, szkołach, uczelniach stykają się stale z istnieniem różnego rodzaju zaburzeń, patologii, wypaczeń, a stopień wiedzy i możliwości aktualnej naprawy istniejących nieprawidłowości jest daleko niewystarczający dla normalizacji i likwidacji różnego rodzaju patologii.

W opracowaniu i realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uczestniczył będzie również Narodowy Fundusz Zdrowia.

Bez zaangażowania wszystkich wymienionych wyżej podmiotów nie będzie możliwe ustanowienie kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego społeczeństwa. Zadania nałożone Programem muszą wyjść naprzeciw ustaleniom Rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy dotyczącej ochrony praw człowieka i podstawowych wolności osób z zaburzeniami psychicznymi, która została przyjęta przez Radę Europy w 2004 r., a zwłaszcza art. 3, który dotyczy promowania zdrowia psychicznego, przez wspieranie rozwoju programów promocji zdrowia psychicznego, mających na celu poszerzenie w społeczeństwie

wiedzy o zapobieganiu, rozpoznawaniu i o leczeniu zaburzeń psychicznych. Bez opracowania wyżej wymienionego Programu dotychczasowe działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego są daleko niewystarczające i zawężone, gdyż ograniczone jedynie do działań Ministra Zdrowia.

Wdrażanie zadań Programu wymaga uwzględnienia ich kosztów w budżecie państwa, budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i w budżetach jednostek samorządu terytorialnego. Dlatego najwcześniejszy możliwy termin wejścia w życie postanowień ustawy należy przyjąć na styczeń 2009 r.

Ustawa nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Przedmiot projektu regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt ustawy obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz organizacje pozarządowe, działające na rzecz ochrony i poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa, w zakresie zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak również Narodowy Fundusz Zdrowia, w zakresie finansowania udzielanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych.

2. Konsultacje społeczne

Równoległe do uzgodnień międzyresortowych, projektowana regulacja została poddana konsultacji z następującymi podmiotami:

- 1) Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- 2) Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- 3) Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychiatrii,
- 4) Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 5) Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 6) Polskim Towarzystwem Psychologicznym,
- 7) Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym,
- 8) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 9) Radą Krajową Federacji Konsumentów,
- 10) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 11) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 13) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 14) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,

- 15) Forum Związków Zawodowych,
- 16) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 17) Naczelną Radą Lekarską,
- 18) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych,
- 19) Helsińską Fundacją Praw Człowieka,
- 20) Fundacją Batorego,
- 21) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 22) Związkiem Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 23) urzędami marszałkowskimi,

a ponadto była dostępna na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

Projekt spotkał się z akceptacją, jako inicjatywa potrzebna ze względu na obecne potrzeby zdrowotne i konieczność zorganizowania nowoczesnego kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Uwagi dotyczące ocen epidemiologicznych, koordynacji i współdziałania zostały uzgodnione.

Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego nie zgłosili uwag do projektu ustawy i rozporządzenia.

Podmioty uprawnione do podejmowania działalności lobbingowej na podstawie przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) nie zgłosiły zainteresowania projektem.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Z realizacją Programu będzie wiązało się ponoszenie kosztów w sektorze finansów publicznych – zarówno wynikających z potrzeby restrukturyzacji i rozbudowy infrastruktury, jak i zwiększenia zatrudnienia w tej dziedzinie opieki zdrowotnej. Realizatorami zadań będą jednostki podsektora rządowego związane z określonymi działami gospodarki narodowej oraz – w przeważającej części – jednostki samorządu terytorialnego.

Przystępując do oszacowania potrzeb w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w pierwszej kolejności ustalono optymalną liczbę placówek (oddziałów szpitalnych, zespołów leczenia środowiskowego, poradni, hosteli, oddziałów opiekuńczo-leczniczych) i utrzymywanych przez nie miejsc (łóżek). W wyniku porównania postulowanego poziomu opieki, wyrażonego liczbą łóżek na 10.000 mieszkańców, ze stanem faktycznym stwierdzono istnienie wysokiego niedoboru we wszystkich obszarach. W systemie opieki psychiatrycznej brakuje około: 1.500 łóżek na oddziałach psychiatrycznych, 1.400 łóżek na oddziałach dla osób uzależnionych, 7.000 łóżek na oddziałach opieki dziennej, 2.000 łóżek na oddziałach opiekuńczo-leczniczych, 1.500 miejsc w hostelach oraz 400 zespołów leczenia środowiskowego i 200 poradni. Uzupełnienie stwierdzonych niedoborów i osiągnięcie standardów europejskich, nawet rozłożone na okres 5 lat, musiałoby oznaczać dokonanie szeregu inwestycji (ponad 500 mln zł) i wiązałoby się ze znaczącym wzrostem zatrudnienia (ponad 15 tys. pracowników) oraz wydatków na udzielane świadczenia.

Uwzględniając sytuację budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego i biorąc pod uwagę możliwe trudności w pozyskaniu tak licznej grupy wykwalifikowanych pracowników, w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego założono, że w wyniku realizacji Programu, w latach 2009-2013, zostanie uzupełniona połowa stwierdzonego niedoboru.

Wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie również wymagało, zgodnie z informacją Ministerstwa Sprawiedliwości, utworzenia 4 nowych oddziałów terapeutycznych w zakładach karnych oraz zatrudnienia około 36 wykwalifikowanych pracowników.

W projekcie Programu założono, że coroczne nakłady inwestycyjne, z wyłączeniem nakładów z budżetu Ministra Sprawiedliwości, wyniosą 46,9 mln zł, co pozwoli na utworzenie: 5 oddziałów psychiatrycznych po 30 łóżek, 3 oddziałów dla uzależnionych po 40 łóżek, 30 oddziałów dziennych po 20 łóżek, 5 oddziałów opiekuńczo-leczniczych po 40 łóżek, 40 zakładów leczenia środowiskowego, 20 poradni i 10 hosteli po 15 miejsc.

Wydatki inwestycyjne w zakładach karnych zamkną się kwotą 0,4 mln zł, po 0,2 mln zł w 2009 r. i 2010 r.

Istotną częścią kosztów Programu będzie wartość świadczeń udzielanych przez nowo powstałe placówki. Według wyliczeń roczny wzrost kosztów udzielanych świadczeń wyniesie 57,78 mln zł. Wydatki te będą ponoszone począwszy od drugiego roku realizacji Programu, co wynika z niemożności zakontraktowania w pierwszym roku świadczeń w placówkach, które dopiero będą modernizowane, adaptowane lub tworzone.

W poszczególnych latach wydatki na świadczenia finansowane przez NFZ będą kształtowały się następująco: 1 rok – brak; 2 rok – 61 mln zł, 3 rok – 122 mln zł, 4 rok – 183 mln zł, 5 rok – 244 mln zł.

Wysokość wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń została ustalona na podstawie aktualnej wyceny stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu świadczeń. Obliczenia są zawarte w tabeli nr 1 załącznika do OSR. Ponadto, zgodnie z informacją przedstawioną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uwzględniono zaplanowany wzrost nakładów na psychiatrię o 7,3% oraz wzrost ceny świadczeń o 20,7% wynikający z ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń

Dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania nowo powstałych placówek będzie konieczne zatrudnienie około 7 tys. pracowników, w tym: 650 lekarzy psychiatrów, 97 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, 2.000 pielęgniarek, 1.320 terapeutów zajęciowych, 300 certyfikowanych specjalistów i instruktorów terapii uzależnień, 1.200 psychologów klinicznych, 200 certyfikowanych psychoterapeutów i 1.850 pracowników socjalnych. Wzrost zatrudnienia będzie postępował równomiernie w wymienionych grupach zawodowych – około 1.500 osób rocznie, równoległe do powstawania nowych placówek.

Wydatki na świadczenia zostaną również powiększone o wynagrodzenia pracowników Centralnego Zarządu Służby Więziennej, wraz z kosztami pochodnych od tych wynagrodzeń, pokrywane z budżetu Ministra Sprawiedliwości, w wysokości: 1,55 mln zł w 2009 r., 1,53 mln zł w 2010 r., 2,03 mln zł w 2011 r. i latach następnych.

Oceniając finansowe skutki przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uwzględniono również wydatki na działania związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, średnio 12,5 mln zł rocznie. Środki te zostaną przeznaczone głównie na rozwój poradnictwa w kryzysach psychicznych (centra pomocy rodzinie).

Ze środków Programu będą również finansowane prace naukowo-badawcze (3,64 mln zł rocznie), w tym 0,09 mln zł rocznie na program oceny skuteczności terapii w zakładach karnych i koszty koordynacji oraz 0,05 mln zł rocznie na badania służące ocenie realizacji programu w placówkach podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji. Podjęte zostaną działania, mające na celu określenie w Krajowym Programie Badań Naukowych i Prac Rozwojowych strategicznego programu z zakresu zdrowia psychicznego. Ostateczna wysokość środków przeznaczonych na program badawczy będzie wynikać z procedur przewidzianych w ustawie z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 238, poz. 2390, z późn. zm.).

Łączny koszt realizacji Programu w latach 2009-2013 wyniesie 962,77 mln zł.

Wydatki na realizację Programu będą ponoszone przez wiele podmiotów, zarówno z budżetów organów centralnych, jak i z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie świadczeń będzie Narodowy Fundusz Zdrowia – łącznie 610 mln zł; Minister Zdrowia będzie pokrywał wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, koordynacją oraz rozwojem i unowocześnieniem systemów informacji – łącznie 40 mln zł; Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – wydatki związane z badaniami naukowymi – łącznie 18,2 mln zł; Minister Sprawiedliwości – wydatki inwestycyjne oraz świadczenia (płace personelu) – łącznie 9,57 mln zł; Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji – wydatki związane z profilaktyką i promocją – łącznie 13 mln zł, Minister Edukacji Narodowej – wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży – łącznie 7,5 mln zł; jednostki samorządu terytorialnego, jako organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej, będą ponosiły wydatki inwestycyjne – 234,5 mln zł oraz związane z działalnością

centrów pomocy rodzinie – 30 mln zł, łącznie 264,5 mln zł. Zestawienie wydatków ponoszonych przez poszczególne podmioty w kolejnych latach Programu zawiera tabela w pkt 7 załącznika do OSR.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacje zaproponowane w projekcie ustawy będą miały w dalszej perspektywie wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość, ponieważ poprawi się kondycja psychiczna społeczeństwa, a dzięki temu nastąpi zwiększenie wydajności pracy.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionów.

6. Wpływ na rynek pracy

Wdrażanie Programu spowoduje – w różnym stopniu w poszczególnych regionach – wzrost i restrukturyzację zatrudnienia.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja przez stworzenie podstaw prawnych do ustanowienia i wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego pozwoli na wzmocnienie ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności w procesie ich diagnozowania i leczenia, i dzięki temu przyczyni się do poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa.

**Oszacowanie skutków finansowych ważniejszych działań
określonych w projekcie
Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego**

(zadania będą realizowane w ciągu 5 lat począwszy od 2009 r.; założono coroczną równomierność ich realizacji i stałe koszty)

1. Koszty związane z utworzeniem nowych placówek

| Źródło kosztów | Roczny koszt finansowania świadczeń przez NFZ – począwszy od 2 roku realizacji Programu | Roczny koszt uruchomienia/adaptacji |
|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Nowe oddziały psychiatryczne – całodobowe (bez sądowych, opiekuńczych i uzależnień) Bezwzględny niedobór łóżek (ok. 500 ł.) + niedobór, po zmniejszeniu dużych szpitali (ok.1.000 ł.), wymaga utworzenia ok. 50 oddz. 30-łózk. w szpitalach ogólnych w miastach i powiatach z niedoborem bazy łózkowej | Zakładając, że rocznie powstanie 5 oddziałów x 30 ł. = 150 łózek, to oznacza ok. 50 tys. osobodni przy 90% obłożeniu x 175 zł (średni koszt osobodnia) = 7,88 mln zł | Przeciętny koszt adaptacji pomieszczeń szpitalnych na oddział – ok. 1 mln zł x 5 oddziałów = 5 mln zł |
| Nowe oddziały dla uzależnionych – całodobowe Przy wskaźniku 1,2 brakuje ok. 1.400 łózek, tj. ok. 35 oddziałów 40-łózkowych | Zakładając utworzenie rocznie 3 oddziałów x 40 ł. = 120 łózek, to oznacza ok. 40 tys. osobodni przy 90% obłożeniu x 160 zł = 5,76 mln zł | Przeciętny koszt adaptacji pomieszczeń szpitalnych na oddział – ok. 0,8 mln zł x 3 oddziały = 2,4 mln zł |
| Nowe oddziały dzienne Minimalna liczba brakujących miejsc w oddziałach dziennych (psychiatrycznych i dla uzależnionych) to 7.000, tj. ok. 350-400 oddziałów 15/20-miejscowych | Jeżeli rocznie powstanie 30 oddziałów x 20 miejsc = 600 miejsc, co daje ok. 200 tys. osobodni x 110 zł = 22 mln zł | Przeciętny koszt adaptacji pomieszczeń na oddział dzienny – ok. 0,5 mln zł x 30 oddziałów = 15 mln zł |
| Zespoły leczenia środowiskowego i poradnie Docelowo powinno powstać ok. 400 ZLS, tj. w każdym powiecie i po kilka w dużych miastach + 200 poradni | Gdyby rocznie powstało ok. 40 ZLS i 20 poradni, to średni koszt finansowania świadczeń wyniesie 60 x 250 tys. zł = 15 mln zł | Koszt adaptacji pomieszczeń – ok. 0,3 mln zł x 60 = 18 mln zł |
| Hostele Przy wskaźniku 0,4 (łącznie psychiatrycznych i dla uzależnionych) wymagałoby to utworzenia ok. 1.500 miejsc hostelowych, tj. ok. 100 hosteli 15-miejscowych | Gdyby rocznie powstawało 10 hosteli x 15 miejsc = 150 miejsc, to oznacza ok. 50 tys. osobodni x 80 zł = 4 mln zł | Koszt utworzenia – ok. 0,3 mln zł x 10 = 3 mln zł |
| Oddziały opiekuńczo-lecznicze Niedobór ok. 2.000 łózek w skali kraju, w części może być wyrównany na bazie oddz. psychiatrycznych w dużych szpitalach | Zakładając utworzenie rocznie ok. 5 oddziałów 40-łózkowych = 200 łózek, co oznacza ok. 70 tys. osobodni x 90 zł = 6,36 mln zł | Koszt adaptacji/utworzenia ok. 0,7 mln zł x 5 = 3,5 mln zł |
| ROCZNIE OGÓŁEM | 61 mln zł | 46,9 mln zł |

2. Wydatki na świadczenia i wydatki inwestycyjne w kolejnych latach Programu (bez wydatków ponoszonych przez budżet Ministra Sprawiedliwości):

(koszty podano w mln zł)

| ROK | KOLEJNY ROK PROGRAMU | WYDATKI BIEŻĄCE – KOSZT FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ | WYDATKI INWESTYCYJNE – KOSZTY URUCHOMIENIA/ADAPTACJI |
|------------|-----------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2009 | 1 | - | 46,9 |
| 2010 | 2 | 61 | 46,9 |
| 2011 | 3 | 122 | 46,9 |
| 2012 | 4 | 183 | 46,9 |
| 2013 | 5 | 244 | 46,9 |

2.1. Wydatki bieżące i wydatki inwestycyjne ponoszone z budżetu Ministra Sprawiedliwości, założono:

- utworzenie 4 nowych oddziałów terapeutycznych w zakładach karnych (2 w 2009 r. i 2 w 2010 r.),
- zatrudnienie dodatkowego personelu (psychologowie i terapeuci) w zakładach karnych (łącznie 36 etatów) – wynagrodzenia i składniki pochodne od wynagrodzeń,
- prowadzenie metodologicznego programu badawczego.

(koszty podano w mln zł)

| ROK | KOLEJNY ROK PROGRAMU | WYDATKI BIEŻĄCE – PŁACE (WRAZ Z POCHODNYMI) | WYDATKI INWESTYCYJNE – KOSZTY URUCHOMIENIA/ADAPTACJI |
|------------|-----------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2009 | 1 | 1,55 | 0,2 |
| 2010 | 2 | 1,53 | 0,2 |
| 2011 | 3 | 2,03 | - |
| 2012 | 4 | 2,03 | - |
| 2013 | 5 | 2,03 | - |

3. Koszty związane z promocją i profilaktyką – 10 mln zł rocznie (50 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|---|--------------------------------|
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie problemom zdrowia psychicznego w szkole, stanowiąca integralną część programu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej | 1,5 mln zł |
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie w środowisku osób dorosłych | 1,5 mln zł |
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie w środowisku osób w podeszłym wieku | 1 mln zł |
| Rozwój poradnictwa w kryzysach psychicznych (zadania z zakresu zdrowia psychicznego w ramach centrów pomocy rodzinie) – 2 etaty w każdym powiecie | 6 mln zł |
| razem | 10 mln zł |

4.1 Koszty związane z rozwojem badań naukowych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – 3,64 mln zł (18,2 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|--|--------------------------------|
| Promowanie badań: <ul style="list-style-type: none"> – epidemiologiczne oceny przekrojowych oraz długoterminowych studiów wybranych zbiorowości (0,75 mln zł), – ocena skuteczności realizacji (ewaluacja) NPOZP (0,25 mln zł) | 1 mln zł |
| Podjęcie działań w sprawie określenia w Krajowym Programie Badań Naukowych i Prac Rozwojowych strategicznego programu z zakresu zdrowia psychicznego, w tym: | 2,5 mln zł |
| – badania służące ocenie realizacji programu w zakładach karnych | 0,09 mln zł |
| – badania służące ocenie realizacji programu w placówkach podległych MSWiA | 0,05 mln zł |

RAZEM: 3,64 mln zł

4.2 Koszty związane z rozwojem systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – 4,5 mln zł (22,5 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|---|--------------------------------|
| Unowocześnienie i poszerzanie zastosowania systemów statystyki medycznej do oceny stanu zdrowia psychicznego populacji: <ul style="list-style-type: none"> – opracowanie programów do elektronicznych wersji zbierania danych ze wszystkich placówek, każdego rodzaju opieki psychiatrycznej (całodobowej, ambulatoryjnej, oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego, hosteli, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych), – szkolenie pracowników w zakresie obsługi programów, – zmodernizowanie modelu przetwarzania danych i ich raportowania | 4,5 mln zł |

RAZEM: 4,5 mln zł

5. Koszty koordynacji – 1 mln zł (5 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|---|--------------------------------|
| Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego (koszty posiedzeń, delegacji, ekspertyz) | 0,15 mln zł |
| Krajowe Biuro Zdrowia Psychicznego – rocznie min. 6 etatów, po 2 na każdy cel strategiczny Programu | 0,85 mln zł |
| razem | 1 mln zł |

6. Podsumowanie – łączny koszt programu w latach 2009-2013 wyniesie 962,77 mln zł

(koszty podano w mln zł)

| ROK | KOLEJNY ROK PROGRAMU | NAKLADY INWESTYCYJNE (URUCHOMIENIE/ADAPTACJA) | KOSZT FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ, W TYM WYDATKI MS | PROFILAKTYKA I PROMOCJA | BADANIA NAUKOWE I SYSTEMY INFORMACJI | KOORDYNACJA | RAZEM |
|------|----------------------|--|---|-------------------------|---|-------------|--------|
| 2009 | 1 | 47,1 | 1,55 | 12,2 | 8,14 | 1 | 69,99 |
| 2010 | 2 | 47,1 | 62,53 | 12,4 | 8,14 | 1 | 131,17 |
| 2011 | 3 | 46,9 | 124,03 | 12,6 | 8,14 | 1 | 192,67 |
| 2012 | 4 | 46,9 | 185,03 | 12,8 | 8,14 | 1 | 253,87 |
| 2013 | 5 | 46,9 | 246,03 | 13 | 8,14 | 1 | 315,07 |

7.1 Podsumowanie – wydatki ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2009-2013

(koszty podano w mln zł)

| Podmiot | Przeznaczenie środków | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Razem w latach 2009-2013 |
|---|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------------|
| Narodowy Fundusz Zdrowia | świadczenia | - | 61 | 122 | 183 | 244 | 610 |

7.2 Podsumowanie – wydatki ponoszone przez pozostałe podmioty w latach 2009-2013

(koszty podano w mln zł)

| Podmiot | Przeznaczenie środków | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Razem w latach 2009-2013 |
|--|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Minister Zdrowia | profilaktyka i promocja | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 12,5 |
| | koordynacja | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| | systemy informacji | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 22,5 |
| Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego | badania naukowe | 3,64 | 3,64 | 3,64 | 3,64 | 3,64 | 18,2 |
| Minister Sprawiedliwości | inwestycje | 0,2 | 0,2 | - | - | - | 0,4 |
| | świadczenia (płace + pochodne) | 1,55 | 1,53 | 2,03 | 2,03 | 2,03 | 9,17 |
| Minister Edukacji Narodowej | profilaktyka i promocja | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 7,5 |
| Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji | promocja i profilaktyka | 2,2 | 2,4 | 2,6 | 2,8 | 3 | 13 |
| Budżety jednostek samorządu terytorialnego | inwestycje | 46,9 | 46,9 | 46,9 | 46,9 | 46,9 | 234,5 |
| | profilaktyka i promocja | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 30 |
| | | 69,99 | 70,17 | 70,67 | 70,87 | 71,07 | 352,77 |



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU

Tomasz Nowakowski

Min. TN&509 /07/DP/mak

Warszawa, dnia 1 października 2007 r.

Pani Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494, z późn. zm.) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej Tomasza Nowakowskiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo RM-10-164-07), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

T. Nowakowski

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

SEKRETARZ RADY MINISTRÓW

2007 10 01

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Na podstawie art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2009-2013, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2009 r.

**PREZES
RADY MINISTRÓW**

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462 oraz z 2007 r. Nr 112, poz. 766, Nr 121, poz. 831 i Nr ..., poz.

Załącznik
do rozporządzenia
Rady Ministrów
z dnia

**NARODOWY PROGRAM
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----------|
| SPIS TREŚCI | 2 |
| NIE MA ZDROWIA BEZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO | 3 |
| OCENA SYTUACJI..... | 4 |
| 1. Priorytet dla zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej | 4 |
| 2. Ochrona zdrowie psychicznego w Polsce – główne problemy..... | 5 |
| 2.1 Zagrożenia dla zdrowia psychicznego | 5 |
| 2.2 Podstawy prawne | 8 |
| 2.3 Zasoby instytucjonalne i społeczne systemu ochrony zdrowia psychicznego | 9 |
| 2.4 Poziom finansowania | 12 |
| 3. Geneza Programu i spodziewane korzyści jego wprowadzenia..... | 13 |
| 3.1 Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zaburzeniom | 13 |
| 3.2 Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym..... | 14 |
| 3.3 Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego | 15 |
| CELE PROGRAMU..... | 16 |
| 1. CEL 1. Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, poprzez:..... | 16 |
| 1.1 Działania w zakresie upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. | 16 |
| 1.2 Działania w zakresie zapobiegania zaburzeniom psychicznym i przeciwdziałania nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego | 17 |
| 1.3 Działania w zakresie tworzenie instytucji poradnictwa i pomocy w kryzysach | 17 |
| 2. CEL 2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie: | 18 |
| 2.1 Działania w zakresie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej: . | 18 |
| 2.2 Działania w zakresie upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego | 20 |
| 2.3 Działania w zakresie upowszechniania udziału w życiu zawodowym | 21 |
| 2.4 Działania w zakresie koordynacji różnych form opieki i pomocy | 21 |
| 1. CEL 3. Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego | 22 |
| ETAPY REALIZACJI (HARMONOGRAM) | 24 |
| 1. Etap 1 - przygotowawczy | 24 |
| 2. Etap 2 – właściwa realizacja | 24 |
| ŹRÓDŁA FINANSOWANIA I OCENA KOSZTÓW | 25 |
| 1. Źródła finansowania: | 25 |
| 2. Ocena kosztów: | 25 |
| ANEKSY..... | 26 |
| Załącznik nr 1. Zarys modelu CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO..... | 26 |
| Załącznik nr 2. Proponowane wskaźniki dostępności (minimalne) w opiece psychiatrycznej. | 27 |
| Załącznik nr 3. Oczekiwane docelowe wskaźniki zatrudnienia wybranych zawodów istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej | 28 |

NIE MA ZDROWIA BEZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Także w Polsce, mimo wielu jeszcze zapóźnień, zaniedbań i uprzedzeń, zdrowie psychiczne zaczyna być traktowane jako nieodłączny składnik zdrowia. Można żywić nadzieję, że Program zyska zrozumienie i będzie skłaniać do działania na rzecz zasadniczej zmiany podejścia wobec związanych z nim problemów społecznych i ekonomicznych.

Bo, niestety nadal jeszcze dominującym odczuciem wobec problemów zdrowia psychicznego jest przerażenie i bezradność lub obojętność. Zbyt wielką też rolę odgrywają nieracjonalne stereotypy otwierające drogę społecznemu napiętnowaniu, nierówności i wykluczeniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Zbyt często udzielana im pomoc nie jest dostatecznej jakości – a warunki, w jakich jest udzielana, zbyt często bywają niegodne i poniżające. Zbyt rzadko wreszcie tworzone są warunki do gromadzenia wiedzy i informacji na temat zdrowia i zaburzeń psychicznych przydatnych dla przyszłych pokoleń.

Zdrowie psychiczne obejmuje znacznie szerszy zakres zagadnień niż problematyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, która jest rozwiązywana na poziomie krajowym przez już istniejące programy¹.

Zdrowie psychiczne może i powinno także w naszym kraju stać się istotną wartością – wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, a zwłaszcza wyzwaniem do:

- *promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania jego zaburzeniom* – tzn. tworzenia możliwości nabywania wiedzy i umiejętności przydatnych w osiągnięciu dobrego samopoczucia psychicznego i w przewyciężaniu nieuniknionych kryzysów życiowych bez popadania w bezradność, rezygnację czy nieprzystosowanie – w miejscu nauki lub pracy, w rodzinach, we wspólnotach lokalnych, a także wobec różnych grup wyróżniających się szczególnym ryzykiem powstawania zaburzeń,
- *unowocześnienia opieki psychiatrycznej według modelu środowiskowego* - by była dostępna, równa, sprawna i godna, by chroniła i umacniała więzi oraz pozycję społeczną cierpiącej osoby, respektowała prawa obywatelskie chorych i zachęcała ich do odpowiedzialności, podtrzymywała nadzieję, udostępniała oparcie lokalnej wspólnoty i uczestnictwo w jej życiu, wspomagała rodziny chorych,
- *prowadzenia badań i budowania systemów informacyjnych* – by następnym pokoleniom przekazać uporządkowaną, wiedzę na temat zdrowia psychicznego, przydatną do proponowania metod jego promocji i ochrony, zapobiegania jego zaburzeniom, skutecznego przywracania zdrowia i zapewnienia odpowiedniej jakości życia.

Takie są zasadnicze motywy i cele tego Programu.

¹ Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010 oraz Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.

OCENA SYTUACJI

1. Priorytet dla zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej

Reprezentanci ministerstw zdrowia 53 krajów europejskiego regionu WHO uczestniczący wraz z przedstawicielami Komisji Europejskiej i Rady Europy w Europejskiej Konferencji Ochrony Zdrowia Psychicznego zwołanej przez Europejskie Biuro Regionalne WHO w styczniu 2005 r. w Helsinkach przyjęli Deklarację², której główne tezy są następujące:

- 1) kraje europejskie zobowiązują się w ciągu następnych 5-10 lat opracować, wprowadzić i ocenić taką politykę i ustawodawstwo, które pozwolą na poprawę dobrego samopoczucia psychicznego całej populacji, pozwolą stworzyć warunki do zapobiegania zaburzeniom psychicznym i wreszcie pozwolą na dobre funkcjonowanie społeczne i osobiste ludzi doświadczających problemów psychicznych;
- 2) polityka ochrony zdrowia psychicznego powinna uwzględniać następujące działania:
 - rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,
 - przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie i ich rodziny,
 - opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględnią promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację
 - zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,
 - wykorzystanie do realizacji tych zadań doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.

Deklaracja ta zwięźliwie wiele lat poprzedzających przygotowań i konsultacji, których celem było przygotowanie programu reform w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Europie. Kolejnym ważnym krokiem było ogłoszenie przez Komisję Europejską w październiku 2005 r. Zielonej Księgi³ w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności – proponującej strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej (UE). Dokument ten nawiązuje do Deklaracji Helsińskiej i jest realizacją zapisów Deklaracji w krajach Unii Europejskiej. Zielona Księga wymienia następujące zadania ważne dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach Unii:

- 1) wspieranie zdrowia psychicznego wszystkich ludzi, czyli promocję zdrowia psychicznego,
- 2) zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego, czyli działania profilaktyczne podejmowane wobec grup narażonych na zagrożenia dla zdrowia psychicznego,
- 3) poprawa jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie poprzez integrację społeczną oraz ochronę ich praw i godności,
- 4) opracowanie zasad budowania systemu informacji, współpracy w zakresie badań naukowych i upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego między krajami Unii Europejskiej.

Zielona Księga została przedstawiona państwom członkowskim. Na jej podstawie Komisja Europejska przeprowadziła konsultacje. Na tej podstawie Komisja opublikuje komunikat, który będzie zawierał konkluzje wynikające z procesu jej konsultacji oraz propozycje dalszych działań. Jest nadzieja, że kraje te rozpoczną opracowywanie i wdrażanie nowych działań mających na celu ochronę zdrowia psychicznego, które będą uwzględniały promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz metody i formy leczenia dostosowane do potrzeb osób chorych i zapewniające poszanowanie ich godności.

² Polskie tłumaczenie w: *Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań*. IPiN, Warszawa 2005 (tłum G. Herczyńska).

³ *Green Paper. Improving Mental Health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. European Commission, Health&Consumer Protection Directorate-General. Brussels, 14.10.2005. COM (2005) 484.

2. Ochrona zdrowie psychicznego w Polsce – główne problemy

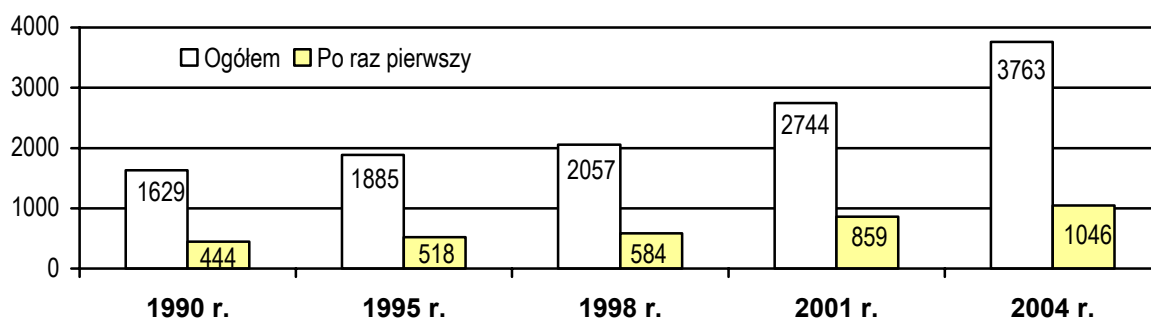
2.1 Zagrożenia dla zdrowia psychicznego

Polska staje się integralną częścią światowego systemu społeczno-ekonomicznego, szczególnie od chwili uzyskania członkostwa w UE, w maju 2004 r. Te zmiany niosą z sobą niezwykle szanse rozwojowe, ale niestety także wiele starych i nowych zagrożeń ekonomicznych, ekologicznych, społecznych i zdrowotnych, w tym - zagrożeń dla zdrowia psychicznego, które wynikają z szybkiego i słabo kontrolowanego przebiegu procesów społecznych. Nakładają się one na inne, stałe zagrożenia związane z czynnikami jednostkowymi (biologicznymi i psychicznymi) oraz społecznymi.

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego Polaków jest oczywiście rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym także związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

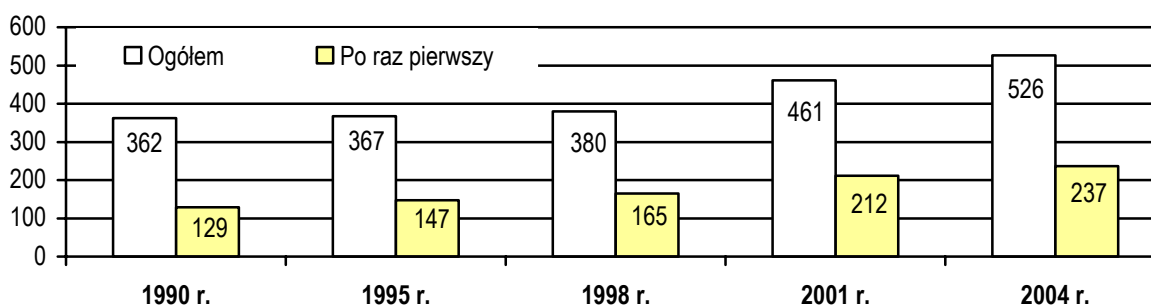
Od wielu lat, z roku na rok, zwiększa się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W ciągu 15 lat, od roku 1990 do 2004, wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131% (z 1629 do 3763 na 100 tys. ludności), a wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 45% (z 362 do 526 na 100 tys. ludności). Przy czym, bardziej niż wskaźniki rozpowszechnienia rosną wskaźniki zapadalności (tzn. zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w danym roku). Między rokiem 1990 a 2004 wskaźnik zapadalności w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł o 136% (z 444 do 1046 na 100 tys. ludności), a w lecznictwie całodobowym wzrósł o 84% (z 129 do 237 na 100 tys. ludności (rys. 1 i 2).

Rysunek 1. OPIEKA AMBULATORYJNA - leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w latach 1990-2004. Wskaźniki na 100 tys. ludności



Źródło: Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego IPiN

Rysunek 2. OPIEKA STACJONARNA (CAŁODOBOWA) - leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w latach 1990-2004. Wskaźniki na 100 tys. ludności



Źródło: Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego IPiN

W lecznictwie ambulatoryjnym, we wszystkich analizowanych latach, najczęściej leczone były osoby z zaburzeniami niepsychotycznymi, a w ciągu 15 lat wskaźnik tych zaburzeń wzrósł o 85% (tab.1). Następną grupą rozpoznań, pod względem wielkości wskaźnika, są zaburzenia psychotyczne, z ponad 3-krotnym (220%) jego wzrostem, oraz zaburzenia poalkoholowe z 80% wzrostem wskaźnika. Najniższe wskaźniki charakteryzują zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, jednak ich wzrost w analizowanym okresie jest najwyższy, ponad ośmiokrotny (z 12 do 758 na 100 tys. ludności).

W lecznictwie całodobowym, we wszystkich latach najczęściej hospitalizowane były osoby z zaburzeniami psychotycznymi (ze wzrostem wskaźnika w ciągu 15 lat o 29%), a następnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (ze wzrostem wskaźnika o 63%). Natomiast, tak jak w lecznictwie ambulatoryjnym, najwyższy przyrost wskaźnika hospitalizacji, przy stosunkowo niskich jego wartościach, charakteryzuje rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ponad trzykrotny, 225%).

Zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i całodobowej (rys. 3 i 4), znacznie częściej leczą się mieszkańcy miast niż wsi. W roku 1990 różnica między wskaźnikami rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych ludności miejskiej i wiejskiej wynosiła 81%, a w 2004 - 66%, w opiece całodobowej nie obserwuje się dużej zmiany – 62% różnicy w 1990 roku i 58% w 2004. W odniesieniu do obu rodzajów opieki są to w dalszym ciągu duże różnice, spowodowane nie tylko mniejszą skłonnością osób pochodzenia wiejskiego do szukania pomocy psychiatrycznej, ale w znacznej mierze, zdecydowanie mniejszą dostępnością placówek psychiatrycznych w rejonach zamieszkałych przez ludność wiejską.

Tabela 1. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej i całodobowej w latach 1990-2004. Wskaźniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe między wskaźnikami w roku 1990 i 2004

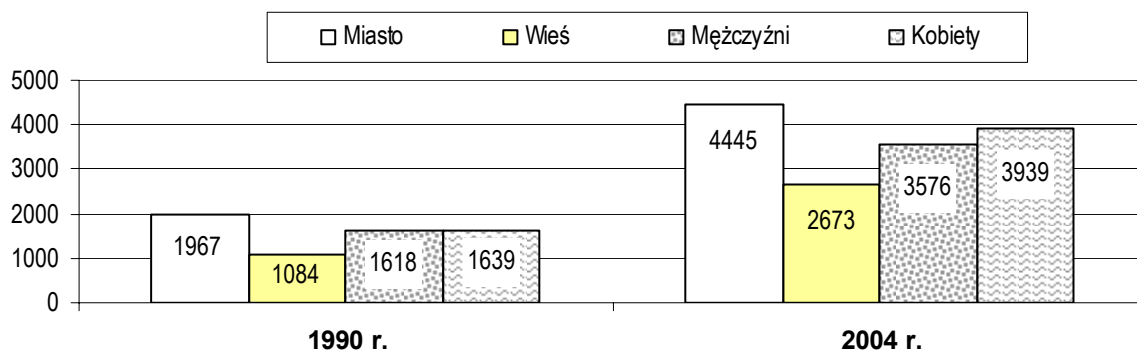
| Rozpoznanie | Rok | | | | | Wzrost (%) między 1990 a 2004 |
|---|--------|--------|--------|---------|---------|-------------------------------------|
| | 1990 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | |
| A. OPIEKA AMBULATORYJNA | | | | | | |
| OGÓŁEM | | | | | | |
| liczby bezwzględne | 620918 | 727314 | 795178 | 1060230 | 1436875 | |
| wskaźnik | 1629 | 1885 | 2057 | 2744 | 3763 | 131 |
| Zaburzenia psychotyczne | 466 | 563 | 701 | 1063 | 1489 | 220 |
| Zaburzenia niepsychotyczne | 826 | 956 | 924 | 1091 | 1525 | 85 |
| Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu | 261 | 274 | 313 | 379 | 470 | 80 |
| Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych | 12 | 19 | 25 | 79 | 103 | 758 |
| Upośledzenie umysłowe | 64 | 73 | 94 | 133 | 176 | 175 |
| B. OPIEKA CAŁODOBOWA | | | | | | |
| OGÓŁEM | | | | | | |
| liczby bezwzględne | 137911 | 141737 | 146964 | 178168 | 200904 | |
| wskaźnik | 362 | 367 | 380 | 461 | 526 | 45 |
| Zaburzenia psychotyczne | 181 | 174 | 182 | 214 | 233 | 29 |
| Zaburzenia niepsychotyczne | 62 | 63 | 53 | 78 | 87 | 40 |
| Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu | 100 | 109 | 120 | 134 | 163 | 63 |
| Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych | 9 | 12 | 16 | 26 | 32 | 255 |
| Upośledzenie umysłowe | 10 | 9 | 9 | 9 | 10 | 0 |

Źródło: Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego IPiN

W opiece ambulatoryjnej w 1990 roku przewaga kobiet była minimalna, różnica między wskaźnikami mężczyzn i kobiet wynosiła zaledwie 1%. W ciągu 15 lat różnica ta powiększyła się do 10% (rys. 4). W lecznictwie całodobowym obserwuje się przewagę mężczyzn, a różnice ze względu na płeć są większe niż ze względu na miejsce zamieszkania i co więcej pogłębiły się. W roku 1990 przewaga mężczyzn była 68%, a w roku 2004 –78%. Jest

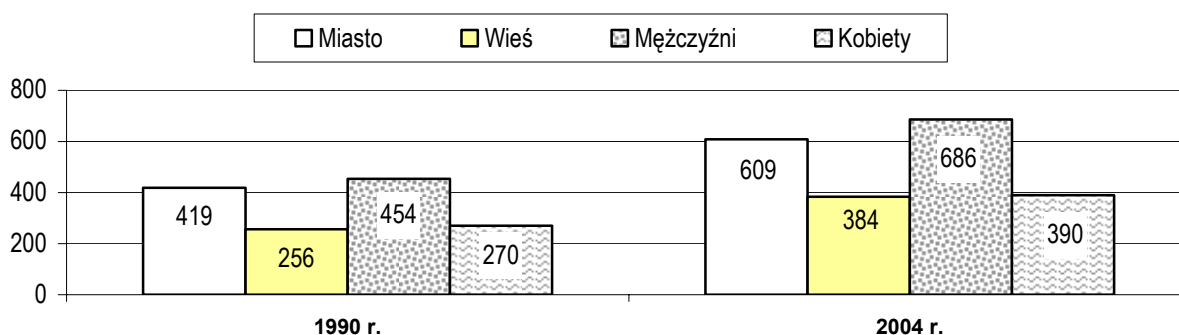
to spowodowane dużą (i powiększającą się) liczebnością hospitalizacji osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (28% leczonych w 1990 roku i 31% w 2004), wśród których każdego roku występuje około 7-krotna przewaga mężczyzn.

Rysunek 3. OPIEKA AMBULATORYJNA - struktura społeczno-demograficzna. Różnice procentowe między rokiem 1990 a 2004



Źródło: Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego IPiN

Rysunek 4. OPIEKA CAŁODOBOWA - struktura społeczno-demograficzna. Różnice procentowe między rokiem 1990 a 2004.



Źródło: Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego IPiN

W Polsce jest około 9 mln dzieci i młodzieży w wieku do lat 18 – ocenia się, że co najmniej 10% (900 tys.) z nich wymaga opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. W roku 2004 z opieki poradni zdrowia psychicznego korzystało jedynie ok. 129 tys. z nich, a z opieki szpitalnej ok. 12 tysięcy. Badania populacyjne przeprowadzane w wielu miejscach Polski sugerują znaczną częstość różnych problemów zdrowia psychicznego, wyraźnie przekraczającą rozmiar zgłaszalności zarejestrowanej w placówkach – np. częstość zaburzeń depresyjno-lękowych sięga w badaniach krakowskich 25-28% dzieci w wieku 10-17 lat, częstość zaburzeń odżywiania 12% w populacji dziewcząt w wieku 13-17 lat. Problemem silnie rzucającym na późniejsze życie i ryzyko zdrowotne jest też w grupie dzieci i młodzieży inicjacja używania i nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych („narkotyki”), a także palenia tytoniu.

Rośnie odsetek populacji w wieku starszym, obecnie odsetek osób po 65 roku życia wynosi 13% i ma tendencję wzrostową. W roku 2004 z Poradni Zdrowia Psychicznego korzystało ok. 168 tys. osób w wieku lat 65 lub więcej, a z opieki szpitalnej ok. 20 tys. osób w tym wieku. W okresie życia szybko rośnie zapotrzebowanie na opiekę psychogeriatryczną, oraz ryzyko niesprawności i niesamodzielności, co wiąże się zarówno z psychologicznymi aspektami starzenia się, jak i ze specyficznymi dla tego wieku chorobami zwyrodnieniowymi i naczyniowymi mózgu.

Istotną, dodatkową miarą kondycji psychicznej społeczeństwa jest także rozposzechnienie samobójstw zakończonych zgonem, których częstość wzrosła w okresie trans-

formacji w latach 1990- 2004 o ponad 22%. W roku 2004 po raz pierwszy liczba zgonów z powodu samobójstwa przekroczyła 6000 przypadków⁴.

Według badań GUS⁵, w 2004 roku w Polsce 6,2 miliona osób deklaroowało niepełnosprawność wg kryteriów biologicznych lub prawnych, w tym 10% ze schorzeniami psychicznymi. Niepełnosprawność fizyczna i psychiczna obejmuje 19% ogółu populacji w wieku 15 lat i więcej. Wyniki tych samych badań GUS dotyczące samooceny stanu emocjonalnego, wskazują, że przez większość dni ostatniego miesiąca 25% dorosłej populacji w Polsce czuło się „wyczerpanych lub wykończonych”, 28% odczuwało zmęczenie, 16% było „bardzo zdenerwowanych”, a 12% - „smutnych i przybitych”.

Wyniki europejskiego sondażu społecznego⁶ dowodzą, że w 10 nowoprzyjętych krajach Unii Europejskiej średni odsetek obywateli odczuwających wyłączenia ze społeczeństwa wynosi 19%, a dla Polski wynosi 20,6%. Dla porównania, w 15 krajach starej UE odsetek ten wynosi średnio 12,5%. Wiele innych wyników tego sondażu uzasadnia następujące twierdzenia:

- w porównaniu z innymi krajami europejskimi Polacy są poddawani większej liczbie negatywnych zjawisk społeczno-ekonomicznych i politycznych funkcjonujących w charakterze makrostresorów,
- subiektywne wskaźniki zdrowia psychicznego, jak też stopień zadowolenia z życia lokują Polskę na najniższych pozycjach wśród innych krajów europejskich,
- wsparcie psychospołeczne, w tym kapitał więzi rodzinnych, które mogłyby neutralizować działanie wielu stresorów jest w Polsce relatywnie uboższe w porównaniu do kapitału społecznego w innych krajach Europy.

Z perspektywy socjologicznej, lista potencjalnych i realnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego jest więc znaczna i obejmuje takie problemy, jak: bezrobocie, warunki pracy i życia w połączeniu z biedą, rosnącą gwałtownie skalę emigracji zarobkowej, zaburzenia więzi społecznych, w tym deficyt wsparcia psychospołecznego i solidarności, zjawisko wykluczenia społecznego w połączeniu z rosnącymi różnicowaniami społeczno-ekonomicznymi, proces starzenia się społeczeństwa polskiego z jednoczesnym niżem demograficznym, znaczne rozmiary przestępczości, w tym zorganizowanej, nasilenie zjawisk korupcyjnych, katastrofy ekologiczne, naturalne i komunikacyjne, poczucie zagrożenia nieuleczalnymi chorobami i (w Polsce w mniejszym stopniu) zagrożenie międzynarodowym terroryzmem.

W sondażu CBOS z czerwca 2005⁷ r. przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie dorosłej ludności Polski, respondenci deklarowali znaczny stopień poczucia zagrożenia zdrowia psychicznego (45% czasami niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne) i bardzo częste (85% wskazań) przekonanie, że obecne warunki życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego, co wiązało z wieloma czynnikami społecznymi i cywilizacyjnymi (najczęściej z bezrobociem 77%, kryzysem rodziny 47%, biedą 41%, nadużywaniem alkoholu i narkotyków 39%). Zdecydowana większość (85%) badanych aprobowala utworzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego zadaniem byłoby zapobieganie zagrożeniom zdrowia psychicznego i unowocześnienie leczenia psychiatrycznego.

2.2 Podstawy prawne

Z punktu widzenia celów zawartych w Programie szczególne znaczenie mają dwa dokumenty międzynarodowe z 2005 roku tj.: Helsińska Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich pt. *Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy* oraz Zielona Księga Komisji Europejskiej pt. *Poprawa zdrowia psychicznego ludności - Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*⁸, a także wcześniejsze wytyczne WHO promujące rozwój psychiatrii środowiskowej pt. *Organizacja Ośrodków Zdrowia Psychicznego*.

⁴ na podstawie kart zgonów w Rocznikach Demograficznych GUS w latach 1991-2005

⁵ Marciniak G. (red). *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*. GUS, Warszawa, 2006

⁶ Ostrowska A. (red). *Sondaże Socjologiczne. Jakość życia w krajach europejskich*. (red.). IFiS PAN, Warszawa, 2005

⁷ Wciórka B., Wciórka J.: *Czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne?* Komunikat BS/116/2005. CBOS, Warszawa lipiec 2005

Podstawowym polskim aktem prawnym wyznaczającym najważniejsze obszary działalności w ochronie zdrowia psychicznego jest uchwalona przez Sejm RP w dniu 19 sierpnia 1994 r. *ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Cele i zadania określone w Programie pozostają w ścisłym związku z obszarami działań wyznaczonymi w przepisach ogólnych zawartych w 1 rozdziale ustawy. Wskazują one dwa główne kierunki działań – (1) polegający na promocji zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz kształtowaniu właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji oraz (2) zmierzający do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Szczególną uwagę zwracają dwa przepisy ustawy - art. 4, w którym zostały określone działania zapobiegawcze, które należy podejmować zwłaszcza wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego oraz art. 5, zawierający opis nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej

Przepisy szczegółowe pozostałych rozdziałów ustawy stanowią gwarancję ochrony praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym szczególnie praw pacjentów hospitalizowanych zarówno za zgodą, jak i poddawanych postępowaniu przymusowemu.

Dla rozwiązywania szeroko rozumianych problemów ochrony zdrowia psychicznego istotne znaczenie mają także dwie ustawy koncentrujące się na zagadnieniach uzależnień tj. *ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.) oraz *ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r.* (Dz. U. Nr 19, poz. 185, z późn. zm.). Na ich podstawie opracowano dwa wieloletnie, szczegółowe programy działań (aktualnie: *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010* oraz *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010*) zmierzające do ograniczania podaży i rozwiązywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Są to obecnie jedyne przykłady polityki społecznej państwa w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.

Ogólne zasady funkcjonowania instytucji działających w obszarze ochrony zdrowia psychicznego wyznaczają ponadto przepisy ustaw: z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 89, z późn. zm.), z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.), z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) oraz z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).

2.3 Zasoby instytucjonalne i społeczne systemu ochrony zdrowia psychicznego

Instytucjonalne formy systemu ochrony zdrowia psychicznego związane są przede wszystkim z działaniami w obszarze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, podczas gdy aktywność różnego rodzaju stowarzyszeń i organizacji społecznych częściej dotyczy działalności na rzecz promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym, a także pomocy w społecznym funkcjonowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zasoby instytucjonalne

Najważniejszym elementem instytucjonalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego są zakłady opieki zdrowotnej, oferujące osobom z zaburzeniami psychicznymi leczenie i rehabilitację w rosnącej liczbie specjalistycznych placówek psychiatrycznych i odwykowych. Powszechnym miejscem leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi są poradnie zdrowia psychicznego, których liczba w ostatnich kilkunastu latach podwoiła się, osiągając obecnie

liczbę ok. 1200 placówek, bardzo niejednorodnych z punktu widzenia podstawowych wymiarów działalności (personel, czas pracy, liczba leczonych). Część poradni (13%), zlokalizowana głównie w dużych miastach, działa jako poradnie specjalistyczne dla dzieci i młodzieży.

Dla osób uzależnionych dostępnych jest ponad 400 poradni przyjmujących głównie uzależnionych od alkoholu oraz prawie 90 poradni oferujących leczenie uzależnionym od substancji psychoaktywnych. W ostatnich latach wzrasta liczba poradni kierujących ofertę do obu grup uzależnionych.

Większość tej dość gęstej sieci poradni zdrowia psychicznego sprawuje opiekę psychiatryczną w sposób słabo zintegrowany z innymi formami opieki psychiatrycznej. W niektórych rejonach kraju specjalistyczna opieka ambulatoryjna jest praktycznie niedostępna ze względów organizacyjnych (np. poradnia zbyt odległa, dostępna tylko w niektóre dni tygodnia) lub ekonomicznych (niedostępna pomoc finansowana ze środków publicznych). Deficyt finansowania, deficyty zatrudnienia oraz skutki dezorganizacji systemu poradni wynikające ze zmian organizacyjnych, prawnych i własnościowych w ostatnich latach spowodowały, że jakość, dostępność a zwłaszcza ciągłość opieki uległy zmniejszeniu i zróżnicowaniu. Czas oczekiwania na wizytę w wielu regionach wydłużył się w sposób niedopuszczalny (do kilku tygodni, miesięcy). Praktycznie zanikła zasada czynnej opieki nad chorymi o przewlekłym lub ryzykownym przebiegu choroby.

Trzon psychiatrycznego leczenia szpitalnego, liczącego 235 placówek, tworzą 54 szpitale psychiatryczne (ok. 20 tys. łóżek), oddziały psychiatryczne i odwykowe (ok. 6 tys. łóżek), funkcjonujące w strukturze ponad 100 głównie ogólnych szpitali, a także ok. 70 ośrodków (3,4 tys. łóżek) dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W wyniku przekształceń organizacyjnych zarówno w obrębie szpitali psychiatrycznych, jak i poza nimi, część bazy łóżkowej przeznaczono na cele opiekuńczo-lecznicze. Obecnie w 28 placówkach dostępnych jest ponad 3 tys. łóżek o tym profilu.

Z ogólnej liczby 31 tys. łóżek w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, 70 % przypada na łóżka dla osób z zaburzeniami psychicznymi, 20% - dla uzależnionych oraz 10% - dla osób wymagających oddziaływań opiekuńczych. Niewiele ponad 1000 łóżek (ok. 3,3%) funkcjonuje w oddziałach dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

Mimo trwającego od lat procesu zmniejszania się bardzo dużych szpitali psychiatrycznych oraz utworzenia wielu nowych oddziałów psychiatrycznych, koncentracja łóżek w szpitalach psychiatrycznych nadal jest nadmierna i wynosi ponad 60%. Poziom opieki i warunków pobytu w szpitalach psychiatrycznych jest bardzo zróżnicowany i niestety w wielu miejscach niezwykle skromny, nieodpowiadający współcześnie uznawanym standardom i w poważnym stopniu obniża jakość i skuteczność leczenia oraz utrudnia realne poszanowanie godności i praw leczonych pacjentów. Wielkość wielu szpitali, trudne warunki pobytu, niedostateczne finansowanie, postępująca dekapitalizacja bazy oraz ich oddalenie od miejsca zamieszkania znacznej części leczonych pacjentów podtrzymują ryzyko powstawania i utrwalania się patologicznych następstw takiej instytucjonalizacji opieki (utrwalanie deficytów funkcjonowania, zanikanie więzi z rodzinami, utrata niezależności życiowej pacjentów, przewaga funkcji nadzorczych nad terapeutycznymi, demoralizacja personelu, marnotrawienie skąpych środków).

W wielu rejonach kraju opieka psychiatryczna ograniczona jest do możliwości leczenia wyłącznie w poradni bądź na oddziale szpitalnym. Z opieki ok. 200 oddziałów dziennych mogą korzystać przede wszystkim pacjenci z większych miastach, podobnie jak z możliwości leczenia w 27 zespołach leczenia środowiskowego. Najrzadszą formą opieki pozaszpitalnej są hostele, których w skali kraju jest niewiele ponad 10.

Niedostatek tych nowoczesnych, form, stanowiących podstawę środowiskowego modelu opieki jest podstawową barierą opóźniająca możliwość jego wprowadzenia. Zmiana tej

tendencji wymaga ustanowienia zdecydowanych bodźców organizacyjnych do ich powstawania oraz możliwości pozyskiwania środków finansowych na działanie i rozwój. Bez takich działań opieka psychiatryczna w Polsce pozostanie anachroniczna i niesprawna.

Działalność psychiatrycznych placówek opieki zdrowotnej, uzupełniana jest świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanymi głównie osobom z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Racjonalna współpraca między placówkami opieki podstawowej i psychiatrycznej wymaga zdecydowanej poprawy kształcenia przeddyplomowego lekarzy w zakresie problemów zdrowia psychicznego i jego zaburzeń oraz przejrzystych zasad podziału odpowiedzialności i zasad współpracy.

Specjalistyczna opieka psychiatryczna wspomagana jest także przez służby psychiatryczne działające w ramach innych resortów niż resort zdrowia (MSWiA, MON), które łącznie dysponują ok. 50 poradniami, 11 oddziałami całodobowymi oraz 3 oddziałami dziennymi. Opiekę psychiatryczną dla osób pozbawionych wolności zapewnia resort sprawiedliwości – więzienna służba zdrowia dysponuje 6 zakładami opieki zdrowotnej z łózkami psychiatrycznymi oraz oddziałami obserwacji sądowo-psychiatrycznej (łącznie 222 łóżka). Więziennictwo dysponuje też 22 oddziałami terapeutycznymi dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnych intelektualnie (1612 miejsc), 21 oddziałami terapeutycznymi dla skazanych uzależnionych od alkoholu (689 miejsc) oraz 13 – dla uzależnionych od środków odurzających (489 miejsc).

Niezwykle ważnym elementem systemu ochrony zdrowia psychicznego są instytucje działające w obszarze pomocy społecznej, z domami pomocy społecznej (ok. 400 z 40 tys. miejsc) dla osób psychicznie przewlekłe chorych (42%) oraz upośledzonych (58%). Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. stworzyła podstawy prawne dla powstania nowych form pomocy społecznej, takich jak środowiskowe domy samopomocy (ok. 500 z ponad 14 tys. miejsc), oferujące na ogół opiekę dzienną oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, z których korzysta blisko 10 tys. osób.

Ten ogromny potencjał działa dziś najczęściej w sposób słabo skoordynowany z działaniem opieki zdrowotnej. Stan ten wymaga zmian zmierzających do zwiększenia różnorodności form oparcia i pomocy społecznej udostępnianych osobom z zaburzeniami psychicznymi i spowodowaną nimi niepełnosprawnością. Przede wszystkim wymaga jednak radykalnego podniesienia poziomu integracji tych dwóch form opieki.

Zasoby społeczne

Wraz z transformacją ekonomiczną i społeczną w Polsce nastąpił ożywiony rozwój organizacji i stowarzyszeń pozarządowych działających w obszarze zdrowia psychicznego oraz uzależnień. Rozwijają się stowarzyszenia samopomocowe osób chorych psychicznie i ich rodzin, które zrzeszają się w ugrupowania, wyznaczające sobie wspólne cele: w działaniu na rzecz podmiotowości osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania praw pacjentów, poprawy jakości ich życia oraz wspierania rodzin. Szczególnie ważnym aspektem działalności wszystkich stowarzyszeń są oddziaływania edukacyjne, służące tworzeniu pozytywnego wizerunku osób chorych psychicznie w społeczeństwie oraz aktywność nastawiona na poprawę realnych warunków życia i pracy chorych psychicznie.

Najstarsza, bo działająca od końca 1993 r. *Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego*, skupiająca kilkadziesiąt stowarzyszeń i grup samopomocowych z terenu całego kraju, starała się integrować różne środowiska i instytucje wokół wielu ważnych zagadnień związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia psychicznego. W roku 2001 powstał *Związek Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Pol-Familia*, zrzeszający stowarzyszenia z Bydgoszczy, Gdańska, Krakowa, Łodzi, Poznania, Radomia, Szczecina, Torunia i Wrocławia, a na początku 2006 r. w Warszawie zainaugurowała działalność *Koalicja Teraz Zdrowie* - pierwsza ini-

cyjatywa łącząca środowiska lekarzy, pielęgniarek, aptekarzy, managerów ochrony zdrowia, producentów leków oraz pacjentów.

Długą tradycję mają stowarzyszenia i grupy pomocowe i samopomocowe działające na rzecz osób z problemem alkoholowym i ich rodzin. Stanowią one uzupełnienie działalności zakładów opieki zdrowotnej, organizując długookresowe społeczne i emocjonalne wsparcie osobom przewlekle chorym. W 2004 roku według PARPA w kraju działało ponad 2,1 tys. grup AA, ponad 650 klubów abstynentów oraz ok. 1000 grup *Al.-ANON* i *Al.-ATEEN*.

O większą skuteczność inicjatyw ruchu abstynenckiego na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych i propagowanie postaw trzeźwościowych zabiegać ma ogólnopolskie Porozumienie Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, funkcjonujące pod nazwą *Polska Rada Ruchu Abstynenckiego* (PRRA). Działalnością na rzecz osób uzależnionych od narkotyków zajmują się także organizacje pozarządowe, jak m.in. *Stowarzyszenie Monar*, *Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii*, *Stowarzyszenie Karan*, które prowadząc wiele ośrodków rehabilitacyjnych i poradni profilaktyczno-rehabilitacyjnych, wspomagają publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Na wzór ruchów AA, organizuje się także spotkania Anonimowych Narkomanów, W obszarze obu rodzajów uzależnień rosnącą i różnorodną aktywnością wykazują się od kilkunastu lat kościoły i związki wyznaniowe.

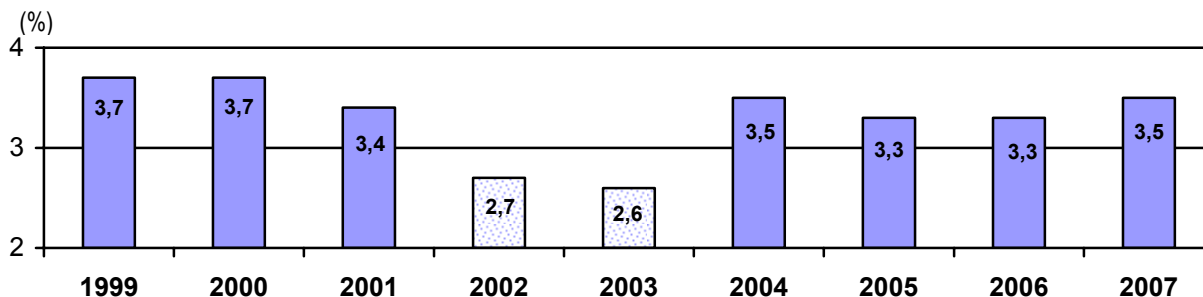
Liczne formy działań społecznych o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym odbywają się z inicjatywy, bądź przy wsparciu dwu agencji rządowych, tj. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Mimo licznych inicjatyw, realna siła oddziaływania środowisk konsumenckich na politykę społeczną i działania proreformatorskie w Polsce jest jeszcze mała i wykorzystywana w sposób niewystarczający.

2.4 Poziom finansowania

Według dostępnych informacji na temat planów finansowych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (Kas Chorych, a potem Narodowego Funduszu Zdrowia), od czasu wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych koszt świadczeń zdrowotnych w dziale „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” wynosił od 3,2 do 3,7% ogółu nakładów na świadczenia zdrowotne (rys. 5), przy czym był on najwyższy w latach 1999-2000. W tym czasie bezwzględna wartość planowanych kosztów wszystkich świadczeń zdrowotnych wzrastała od 21 516 119 tys. zł w r. 1999 do 39 537 013 tys. zł w planie na rok 2007.

Rysunek 5. Odsetek wydatków na świadczenia zdrowotne w dziale opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w stosunku do wydatków na wszystkie świadczenia zdrowotne w planach instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w latach 1999-2007.



Lata 1999-2001 - dane szacunkowe wg UNUZ/GUS; lata 2002-2003 - dane zanizone, bez części świadczeń i niektórych województw; 2003-2007 - wg Dz.Urz. MZ i NFZ.

Wg GUS, w roku 2004 wysokość środków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną wynosiła 34 321 962 tys. zł z czego 88,8% pochodziło z NFZ, a 11,2% z budżetu państwa. Wg informacji Ministra Zdrowia dla Sejmu⁸ na „psychiatrię i uzależnienia” przeznaczono z tego 1 082 790 tys. zł (3,2% ogółu), przy czym 3% tych środków pochodziło z NFZ i 0,2% z budżetu państwa.

Jak pokazuje tabl. 2 środki przeznaczane na opiekę psychiatryczną (wraz z uzależnieniami) wynoszą przeciętnie ok. 27 zł na 1 osobę i są pochłaniane głównie (w blisko 80%) przez lecznictwo stacjonarne. Wydatki te były w poszczególnych województwach zróżnicowane i wahały się od 21,12 zł na osobę w województwie zachodniopomorskim do 49,92 zł w województwie lubuskim.

Tabela 2. Struktura wartości świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2004.

| Rodzaj świadczeń | Wartość świadczeń - wykonanie kontraktu [tys. zł] | Struktura [%] | Wydatki/ ludność* [zł] |
|-----------------------------------|---|------------------|---------------------------|
| OGÓLEM | 1 040 008,2 | 100,0 | 27,24 |
| Lecznictwo ambulatoryjne - ogółem | 150 663,0 | 14,5 | 3,95 |
| Opieka stacjonarna - ogółem | 811 777,5 | 78,1 | 21,27 |
| Opieka dzienna - ogółem | 66 424,8 | 6,4 | 1,74 |
| Inne formy opieki | 11 142,9 | 1,1 | 0,29 |

Według opracowania Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa, kwiecień 2005 rok

* ludność 31.12.2004 r - 38173835

Przedstawione informacje wskazują na skromny poziom i konserwatywny sposób finansowania opieki psychiatrycznej w Polsce. W krajach dysponujących bardziej nowoczesnymi rozwiązaniami opieki psychiatrycznej, udział środków przeznaczanych na nią jest w relacji do ogółu środków na zdrowie wyraźnie wyższy, przy czym rozwiązania te promują też przesuwanie środków w stronę świadczeń środowiskowych, kosztem tradycyjnej opieki stacjonarnej w wielkich szpitalach psychiatrycznych. Niedostatek środków przeznaczanych w Polsce na finansowanie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej jest szacowany na około 20% . Skutkiem tego deficytu jest rosnące zadłużenie placówek oraz obniżenie jakości i dostępności opieki. Niepokojący, zwłaszcza w ostatnich latach, jest też wyraźny odpływ fachowego personelu - lekarzy, psychologów, pielęgniarek. Właściwy dopływ przygotowanych i zmotywowanych do pracy profesjonalistów jest podstawowym instrumentem osiągnięcia dobrych wyników leczenia i opieki.

Nakłady i wydatki związane ze zdrowiem psychicznym są też ponoszone przez inne sektory życia społecznego i gospodarczego (polityka społeczna, edukacja, nauka, sprawiedliwość, sprawy wewnętrzne, obronność, kultura). Są one jednak obecnie trudne do oszacowania.

3. Geneza Programu i spodziewane korzyści jego wprowadzenia

Program ma trzy zasadnicze cele.

3.1 Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zaburzeniom

Oba te zagadnienia nabierają w UE coraz większego znaczenia. W Polsce, mimo bardzo wyraźnej potrzeby intensywnych działań w tym zakresie, są one dotychczas względnie

⁸ (Druk nr 79); Warszawa 29.11.2005r

słabe. Polacy mają nikłą wiedzę o zdrowiu psychicznym i zaburzeniach psychicznych, często nie mają pożądaných umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (w to miejsce kulturowo akceptowanym sposobem radzenia sobie jest często sięganie po używki), zaburzenia psychiczne powszechnie uważane są za wstydlive, wiele osób nie chce korzystać z pomocy nawet psychologów. Z drugiej strony, poziom psychicznego dyskomfortu Polaków często jest wyższy niż w innych krajach. Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych systematycznie rośnie i zapewne ta tendencja będzie w przyszłości jeszcze wyraźniejsza, w związku ze wzrostem poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego (m.in. bezrobocie, ubóstwo, przemoc, rozluźnienie więzi społecznych).

Promocja zdrowia psychicznego, czyli upowszechnianie zdrowych stylów życia, oraz zapobieganie jego zagrożeniom w całej populacji oraz w grupach społecznych o szczególnym ryzyku powstawania problemów i zaburzeń psychicznych - są najtańszymi metodami zahamowania tych tendencji.

Zasadne jest też oczekiwanie, że wdrożenie programu ochrony zdrowia psychicznego wpłynie na poprawę poziomu ogólnego zdrowia Polaków, zgodnie z lapidarnym hasłem WHO, że „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”. Wiadomo bowiem, że czynniki psychiczne grają istotną rolę w rozwoju i przebiegu wielu chorób somatycznych takich jak np. choroba wieńcowa i nadciśnienie.

3.2 Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym

Chodzi o zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi takiej pomocy i opieki, takich form wspierania i oparcia, aby mogły one żyć we własnym środowisku społecznym, w sposób zapewniający jak najwyższą jakość życia oraz respektowanie osobowej godności i praw obywatelskich. Idea ta jest podstawowym postulatem tzw. psychiatrii środowiskowej, która w krajach zachodnich i w USA w znacznym stopniu wyparła poprzedni, tradycyjny model opieki, w którym centralne miejsce zajmowała hospitalizacja psychiatryczna.

Realizacja psychiatrycznej opieki środowiskowej jest wszędzie zadaniem lokalnych społeczności, wymagającym skoordynowanego działania organów samorządowych, wspartych polityką społeczną państwa. W modelu tym główny ciężar opieki spoczywa na formach leczenia umiejscowionych poza szpitalem (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia domowego, kluby-domy, hostele, mieszkania chronione itp.), a rola hospitalizacji jest ograniczona do niezbędnego minimum. W nowym modelu znacznie poszerzono cele opieki nad pacjentem – nie ograniczają się one niemal wyłącznie do poprawy stanu klinicznego, ale obejmują przede wszystkim wczesne zapobieganie społecznym dysfunkcjom i izolacji, które choroba może wywołać. Stąd nacisk m. in. na takie elementy jak: leczenie w naturalnym dla chorego środowisku społecznym, rozeznanie i zaspokojenie jego podstawowych potrzeb oraz wyrabianie niezbędnych umiejętności społecznych, włączenie rodzin w terapię, zapewnienie oparcia i przyjaznych postaw społecznych przeciwdziałających napiętnowaniu, nierówności traktowania i wykluczeniu społecznemu.

Liczne, wieloletnie badania europejskie i amerykańskie wykazały, że model środowiskowy przynosi istotnie lepsze efekty niż tradycyjny – istotnie skraca czas hospitalizacji, poprawia standard życia, zwiększa poziom aktywności zawodowej i innych umiejętności życiowych. Sprzyja też poczuciu satysfakcji z usług leczniczych, systematyczności leczenia farmakologicznego oraz zmniejsza poziom obciążenia rodzin. Najbardziej spektakularnym sukcesem psychiatrii środowiskowej jest przywrócenie do praktycznie samodzielnego życia blisko 90% chorych, których przeniesiono do środowiska po 10-20 latach ciągłego pobytu w szpitalach psychiatrycznych. Koszty modelu środowiskowego są zazwyczaj takie same, a często niższe niż koszty modelu tradycyjnego.

Obecnie w większości krajów Unii Europejskiej dominuje środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej, aczkolwiek kompozycja służb jest w poszczególnych krajach różna, zależna od lokalnych preferencji. W Polsce dominuje jeszcze tradycyjny model opieki - z wolną przybywa wprawdzie form środowiskowych, ale liczba wielu z nich jest często kilkunastokrotnie niższa od minimalnego poziomu pożądanego, a niektórych praktycznie w ogóle nie ma. W większości regionów naszego kraju nie ukształtowało się jeszcze poczucie potrzeby i odpowiedzialności za systemowe wprowadzenie opieki według modelu środowiskowego.

Wprowadzenie programu znacznie przyspieszyłoby przejście do nowoczesnego modelu opieki. Jasno określa on bowiem odpowiedzialność organów samorządowych i rządowych za realizację jego celów oraz wskazuje źródła wsparcia organizacyjnego i finansowego (np. na ocenę lokalnych potrzeb i koordynację planu ich zaspokojenia, tworzenie planów wojewódzkich, projektowanie modelowych rozwiązań organizacyjnych, uruchomienie szkolenia pracowników i menedżerów o nowych umiejętnościach, niezbędne przedsięwzięcia modernizacyjne i inwestycyjne).

W przeciwnym razie, trwająca nadal dominacja starego modelu (szpitale i poradnie) spowoduje, że choroba psychiczna będzie u większości chorych prowadziła do niesprawności i niesamodzielności, a brak alternatywy terapeutycznej będzie ich coraz częściej spychał do roli rezydentów długotrwale przebywających w placówkach leczniczych i opiekuńczych. Los takich rezydentów jest dla większości indywidualnie niekorzystny, a dla społeczeństwa - zawstydzający i kosztowny. Podjęte w ostatnich latach próby rozwiązania tego problemu, poprzez umieszczania przewlekłe chorych w tzw. zakładach opiekuńczo-leczniczych, w niewielkim tylko stopniu poprawiły ich sytuację.

Oprócz kosztów jednostkowych ponoszonych przez poszczególnych chorych, a zwłaszcza ograniczenia szansy godnego, satysfakcjonującego życia wśród bliskich, utrzymanie starego modelu opieki psychiatrycznej pociągnie za sobą rosnące koszty społeczne – wynikające m. in. z konieczności utrzymywania wielu zdekapitalizowanych i zadłużonych szpitali psychiatrycznych, utraty możliwości zarobkowania przez wielu chorych potencjalnie zdolnych do pracy, skutków dezorganizacji i ubóstwa ich rodzin. Spowoduje też utrwalanie się społecznych stereotypów na temat nieuleczalności chorób psychicznych, które będą nadal odwlekać podjęcie niezbędnych reform.

3.3 Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego

Trzeci cel Programu koncentruje się na obszarze badań i informacji naukowej. Z jednej strony są one niezbędne dla właściwego monitorowania programu, z drugiej zaś powinny uzupełnić poważną lukę wiedzy na temat uwarunkowań i czynników ryzyka wielu zaburzeń psychicznych. Dotychczas tego typu badania w Polsce były szczątkowe, a specyfika sytuacji w poszczególnych krajach jest na tyle istotna, że nie można opierać się na wynikach badań przeprowadzonych w innych krajów Unii Europejskiej czy w USA.

CELE PROGRAMU

1. CEL 1. Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, poprzez:

- upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego
- tworzenie instytucji poradnictwa i pomocy w kryzysach

1.1 Działania w zakresie upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

1. Wspieranie rodziców w ich zadaniach wychowawczych i edukacyjnych związanych z pierwszymi latami życia dziecka oraz dostarczenie im wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży.
2. Promocja zdrowia psychicznego w szkołach (wprowadzanie elementów promocji zdrowia psychicznego do zadań statutowych szkoły).
3. Promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy.
4. Wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się.
5. Okresowe badania stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej.

Oczekiwane efekty

1. Zmniejszenie liczby dzieci doświadczających niekorzystnych zachowań rodzicielskich.
2. Zmniejszenie liczby uczniów nieprzystosowanych i mających trudności w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi, w tym z zachowaniami agresywnymi.
3. Zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży sięgających po alkohol i inne substancje psychoaktywne.
4. Zmniejszenie liczby osób korzystających ze zwolnień lekarskich z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym.
5. Zwiększenie zadowolenia z wykonywanej pracy i zwiększenie wydajności pracy
6. Zmniejszenie liczby kobiet z depresją poporodową.
7. Zmniejszenie liczby osób doświadczających depresji i lęku w wieku podeszłym.
8. Poprawa wskaźników zdrowia psychicznego ogólnej populacji i dostosowywanie działań do potrzeb.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Liczba zgłoszeń dzieci doświadczających niekorzystnych zachowań rodzicielskich.
2. Liczba uczniów nieprzystosowanych i mających trudności w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi, w tym z zachowaniami agresywnymi.
3. Liczba uczniów i studentów używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
4. Liczba osób korzystających ze zwolnień lekarskich z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym.
5. Liczba osób odczuwających brak satysfakcji zawodowej.
6. Liczba osób z problemami zdrowia psychicznego.

7. Wskaźniki zgłaszalności zarejestrowanej w podstawowej i psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

1.2 Działania w zakresie zapobiegania zaburzeniom psychicznym i przeciwdziałania nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego

1. Zapobieganie przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym.
2. Zapobieganie samobójstwom.
3. Zapobieganie depresji.
4. Zapobieganie przemocy.
5. Działania profilaktyczne kierowane do dzieci, młodzieży oraz osób używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zgodnie z *Narodowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010* oraz *Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010*.
6. Ograniczanie czynników ryzyka oraz wzmacnianie czynników protekcyjnych oddziałujących na dzieci i młodzież.
7. Rozwijanie wczesnej interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci.
8. Inicjowanie akcji informacyjnych i edukacyjnych oraz wspieranie instytucji programowo podejmujących zadania zmierzające do ograniczenia wykluczenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji osób z problemami zdrowia psychicznego.

Oczekiwane efekty

1. Zmniejszenie liczby zachowań przemocy i agresji.
2. Zmniejszenie liczby osób zgłaszających się do leczenia z objawami depresji.
3. Zmniejszenie liczby prób samobójczych i samobójstw dokonanych.
4. Zmniejszenie spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, w tym leków uspokajających, zwłaszcza wśród dzieci, młodzieży i kobiet.
5. Zwiększenie liczby osób z problemami zdrowia psychicznego zdolnych do samodzielnego życia w swoim środowisku.
6. Zmiana społecznych wyobrażeń i postaw wobec osób z problemami i zaburzeniami psychicznymi.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Liczba zgłoszeń dotyczących przemocy w rodzinie i w innych środowiskach.
2. Liczba osób zarejestrowanych w podstawowej i psychiatrycznej opiece zdrowotnej.
3. Liczba osób podejmujących próby samobójcze i liczba osób zmarłych w wyniku samobójstw.
4. Liczba uczniów i studentów używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
5. Liczba osób chorych psychicznie w środowiskowych formach opieki psychiatrycznej.
6. Wskaźniki postaw wobec osób chorych psychicznie.

1.3 Działania w zakresie tworzenie instytucji poradnictwa i pomocy w kryzysach

1. Tworzenie regionalnych i powiatowych ośrodków poradnictwa i pomocy psychospołecznej oraz wczesnego rozpoznawania zaburzeń rozwoju psychicznego u dzieci:

- rozwijanie poradnictwa psychologicznego, wychowawczego, małżeńskiego i rodzinnego, zawodowego itp.
 - rozwijanie tych form działania w istniejących placówkach, w tym poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w przedszkolach, szkołach i placówkach zatrudniających specjalistów w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy.
2. Tworzenie ośrodków pomocy kryzysowej dla osób w stanach kryzysu psychicznego oraz dla rodzin przeżywających trudne sytuacje życiowe.
 3. Zapewnienie możliwości wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych u małych dzieci i młodzieży zwłaszcza w praktyce lekarza ogólnego i opieki pediatrycznej.
 4. Wprowadzenie programów psychoprofilaktycznych dla funkcjonariuszy resortów mundurowych, służb ratowniczych oraz ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

Oczekiwane efekty

1. Zwiększenie dostępności do placówek poradnictwa dla osób o różnych potrzebach i doświadczeniach kryzysowych.
2. Zwiększenie liczby programów i placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo osobom narażonym na zaburzenia zdrowia psychicznego – dzieciom i młodzieży (oraz ich rodzinom), osobom starszym, bezrobotnym i żyjącym w ubóstwie, osobom doznającym przemocy.
3. Wcześniejsze rozpoznawanie problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży i przez to zmniejszenie częstości tych zaburzeń.
4. Poprawa jakości życia osób z problemami zdrowia psychicznego.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Liczba placówek poradnictwa i liczba osób zgłaszających się do nich.
2. Liczba specjalistów (psychologów, pedagogów, logopedów, terapeutów) zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach oraz liczba dzieci i młodzieży zgłaszającej się do nich).
3. Liczba programów profilaktycznych i liczba instytucji realizujących takie programy.
4. Wskaźniki wczesnej wykrywalności.
5. Wskaźniki jakości życia.

2. CEL 2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- **środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej**
- **zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego**
- **udziału w życiu zawodowym**
- **koordynacji różnych form opieki i pomocy**

2.1 Działania w zakresie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej:

1. Utworzenie sieci centrów (ośrodków) zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową (w tym szpitalną) opiekę dla mieszkańców (dorosłych oraz dzieci i

młodzieży) określonego terytorium (model centrum przedstawia *załącznik nr 1*) i przejęcie przez nią odpowiedzialności za zapewnienie i koordynację opieki:

- struktura organizacyjna centrum jest dostosowana do lokalnych potrzeb zdrowotnych ludności
 - centrum zdrowia psychicznego zatrudnia wielo-profesjonalny zespół terapeutyczny, koordynujący całość opieki nad pacjentem
 - opieka szpitalna jest zapewniana głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.
2. Zmniejszenie dużych szpitali psychiatrycznych i przekształcenie ich w placówki wyspecjalizowane (m. in. profilowane, rehabilitacyjne, opiekuńcze, hostelowe).
 3. Zapewnienie kadr o zróżnicowanych i wysokich kompetencjach odpowiadających potrzebom opieki środowiskowej (zwłaszcza: psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów i instruktorów terapii/psychoterapii uzależnień).
 4. Dostosowanie sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych do wymagań środowiskowego modelu opieki.
 5. Zapewnienie współpracy i ciągłości opieki nad osobami korzystającymi ze świadczeń placówek podlegających różnym resortom (cywilnych, mundurowych, więziennych).

Oczekiwane efekty

1. Osiągnięcie oczekiwanych wskaźników dostępności opieki psychiatrycznej.
2. Zmniejszenie dysproporcji terytorialnych w dostępie do zróżnicowanych form opieki zdrowotnej.
3. Zapewnienie ciągłości i koordynacji opieki nad pacjentem, wraz z usprawnieniem realizacji zasad opieki czynnej.
4. Zmniejszenie negatywnych skutków instytucjonalizacji spowodowanej przewlekłą hospitalizacją w znacznym oddaleniu od miejsca zamieszkania.
5. Poprawa warunków w oddziałach psychiatrycznych – zapewnienie godnego i nowoczesnego standardu warunków pobytu i leczenia.
6. Poprawa satysfakcji osób korzystających z opieki psychiatrycznej oraz ich poczucia wpływu na kształt tej opieki.
7. Zmniejszenie liczby osób z zaburzeniami psychicznymi w jednostkach penitencjarnych.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Powierzchnia kraju i liczba ludności objęte opieką centrów zdrowia psychicznego.
2. Maksymalna odległość opieki szpitalnej od miejsca zamieszkania w obszarze działania centrum zdrowia psychicznego.
3. Dostępność form opieki pozaszpitalnej oraz łóżek szpitalnych według rodzaju i lokalizacji (według ustaleń projektu rozporządzenia MZ w sprawie docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub wykazu wskaźników zawartych w *załączniku nr 2*).
4. Liczba pacjentów objętych opieką czynną na 10 tys. populacji.
5. Średni czas trwania hospitalizacji oraz średni czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia pozaszpitalnego i szpitalnego.
6. Zatrudnienie personelu fachowego placówek psychiatrycznych według kwalifikacji i miejsca pracy (oczekiwane wskaźniki przedstawia *załącznik nr 3*).
7. Poziom satysfakcji osób korzystających z opieki i pomocy.

8. Powrotność do przestępstw osób z zaburzeniami psychicznymi.
9. Częstość rozpoznawania zaburzeń psychicznych dopiero po popełnieniu czynu zabronionego/przestępstwa.

2.2 Działania w zakresie upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

1. Poszerzanie zasięgu i dostępności istniejących i inicjowanie nowych form opieki, pomocy i oparcia bytowego:
 - pomoc bytowa (m. in. świadczenia finansowe, rzeczowe oraz usługi specjalistyczne),
 - pomoc mieszkaniowa (m.in. chronione zakwaterowanie),
 - pomoc stacjonarna (np. zakładów opiekuńczo-leczniczych/leczniczo-opiekuńczych, domów pomocy społecznej),
 - samopomoc środowiskowa (np. środowiskowych domów samopomocy).
2. Poszerzanie dostępności rehabilitacji zawodowej (warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywizacji zawodowej).
3. Pobudzanie i wspieranie samopomocowych inicjatyw organizacji pozarządowych na rzecz tworzenia form oparcia społecznego w środowisku rodzinnym, szkolnym, zawodowym (np. działalność klubów, domów pod fontanną).
4. Rozwijanie istniejących Centrów Pomocy Rodzinie.
5. Wspieranie działań (samorządowych i pozarządowych) ograniczających tendencję do bierności, izolacji, wykluczania i uzależnienia instytucjonalnego:
 - zwiększenie zasięgu i aktywności wolontariatu społecznego,
 - wzmacnianie roli organizacji samopomocowych zrzeszających osoby korzystające z opieki psychiatrycznej lub ich rodziny oraz wspieranie ich działań.

Oczekiwane efekty

1. Poprawa funkcjonowania społecznego i jakości życia osób z problemami zdrowia psychicznego oraz umocnienie ich pozycji społecznej i poczucia wpływu na własną sytuację życiową.
2. Ograniczenie zakresu i stopnia niedostosowania społecznego w populacji osób chorych psychicznie.
3. Ograniczenie rozmiaru negatywnych, następstw choroby psychicznej:
 - indywidualnych (bezradności, ubóstwa, bezdomności, wykluczenia),
 - rodzinnych (bezradności, ubóstwa, zagrożeń emocjonalnych, rozpadu).
4. Ograniczenie rozmiarów przewlekłej hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Liczba osób przewlekłe hospitalizowanych i korzystających ze stacjonarnych form pomocy instytucjonalnej.
2. Poziom niepełnosprawności zawodowej i niedostosowania społecznego w populacji osób z problemami zdrowia psychicznego.
3. Poziom ubóstwa, bezrobocia, bezdomności, wykluczenia, dysfunkcji w rodzinach
4. Liczba osób z problemami zdrowia psychicznego objętych różnymi formami pomocy bytowej i mieszkaniowej.
5. Liczba osób z problemami zdrowia psychicznego objętych różnymi formami rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia.
6. Poziom funkcjonowania społecznego, jakości życia, poczucia wpływu na własną sytuację w populacji osób z problemami zdrowia psychicznego.

2.3 Działania w zakresie upowszechniania udziału w życiu zawodowym

1. Dostosowywanie regulacji prawnych do potrzeb zawodowych osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych - tworzenie podstaw prawnych do rozwoju różnych form dotowanego zatrudnienia na otwartym rynku pracy oraz zróżnicowanych i zindywidualizowanych form rehabilitacji społeczno-zawodowej.
2. Organizowanie poradnictwa i szkolenia zawodowego, oraz tworzenie dotowanych miejsc pracy na poziomie samorządów lokalnych - z zapewnieniem ścisłej współpracy instytucji opieki psychiatrycznej, pomocy społecznej, urzędów pracy oraz organizacji obywatelskich działających na rzecz osób chorujących psychicznie oraz niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych.
3. Organizowanie pracy łatwo dostępnej, elastycznie zaplanowanej (np. kluby integracji społecznej, centra integracji społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, zakłady aktywności zawodowej, firmy integracyjne, zakłady pracy chronionej, wspierane miejsca pracy w przedsiębiorstwach wolnorynkowych – w tym w formie robót publicznych oraz prac społecznie użytecznych).

Oczekiwane efekty

1. Zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób chorujących psychicznie oraz niepełnosprawnych z powodu chorób psychicznych na otwartym rynku pracy oraz ich uczestniczenia w zróżnicowanych formach aktywizacji oraz rehabilitacji społeczno-zawodowej.
2. Poprawa funkcjonowania społecznego i jakości życia osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych z powodu chorób psychicznych, oraz umocnienie ich pozycji społecznej i poczucia wpływu na własną sytuację życiową.
3. Ograniczenie niepełnosprawności i stopnia niedostosowania społecznego w populacji osób chorych psychicznie.
4. Ograniczenie rozmiaru negatywnych, następstw choroby psychicznej przede wszystkim długotrwałego braku pracy, zależności od pomocy społecznej, ubóstwa, bezdomności, niezdolności do podtrzymywania więzi rodzinnych oraz we wspólnocie lokalnej.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Liczba osób z problemami zdrowia psychicznego objętych różnymi formami rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia.
2. Poziom niepełnosprawności zawodowej i niedostosowania społecznego w populacji osób z problemami zdrowia psychicznego.
3. Liczba osób przewlekłe hospitalizowanych i korzystających ze stacjonarnych form pomocy instytucjonalnej.
4. Poziom ubóstwa, bezrobocia, bezdomności, wykluczenia, dysfunkcji w rodzinach.
5. Poziom funkcjonowania społecznego, jakości życia, poczucia wpływu na własną sytuację w populacji osób z problemami zdrowia psychicznego.

2.4 Działania w zakresie koordynacji różnych form opieki i pomocy

1. Powołanie przez Prezesa Rady Ministrów Rady Ochrony Zdrowia Psychicznego z powierzeniem ministrowi właściwemu do spraw zdrowia organizacji Krajowego Biura Ochrony Zdrowia Psychicznego, jako organu koordynującego realizację Programu:

- skład: przedstawiciele parlamentu, rządu, administracji samorządowej i NFZ, konsultanci krajowi, eksperci z różnych dziedzin zwłaszcza pomocy społecznej i opieki zdrowotnej (w tym z PARPA i KBPN) oraz przedstawiciele organizacji samopomocowych osób z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzin,
 - zadania: inicjowanie dyskusji publicznej, badań, ekspertyz, rozwiązań modelowych oraz standardów opieki i szkolenia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, monitorowanie i aktualizowanie celów Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opiniowanie zasad podziału centralnych środków budżetowych na ten cel.
2. Powołanie przez marszałków województw regionalnych zespołów ochrony zdrowia psychicznego
 - skład: przedstawiciele sejmiku wojewódzkiego, urzędu wojewody i NFZ, konsultant wojewódzki, eksperci z różnych dziedzin, przedstawiciele organizacji samopomocowych,
 - zadania: przygotowanie, koordynowanie i monitorowanie realizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, organizowanie szkoleń w zakresie psychiatrii środowiskowej oraz opiniowanie przeznaczenia i wykorzystania środków własnych i przyznanych w ramach dotacji środków budżetowych.
 3. Powołanie przez władze samorządów lokalnych zespołów ochrony zdrowia psychicznego na terenie powiatów, dzielnic, a w razie potrzeby na poziomie gmin
 - skład: przedstawiciele władz samorządowych, kierownicy placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej z danego terenu, przedstawiciele lokalnych organizacji samopomocowych,
 - zadania: ocena potrzeb ludności w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz realizacja lokalnych zadań wynikających z Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opiniowanie wykorzystania przyznanych środków finansowych, ustalenie podziału odpowiedzialności i zasad współpracy między opieką psychiatryczną, podstawową opieką zdrowotną oraz pomocą społeczną, organizowanie szkoleń w zakresie psychiatrii środowiskowej.

Wskaźniki monitorowania efektów:

1. Powołanie zespołów koordynujących na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.
2. Liczba opracowanych i realizowanych regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego.
3. Proporcja środków przeznaczanych na realizację programu uzyskanych z dotacji do środków własnych na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.

1. CEL 3. Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego

Działania

1. Promowanie badań:
 - epidemiologicznych ocen przekrojowych oraz długoterminowych studiów wybranych zbiorowości,
 - ocen skuteczność realizacji Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

2. Opracowanie wniosku o ustanowienie projektu badawczego zamawianego z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w ramach Krajowego Programu Ramowego podejmującego tematykę:
 - indywidualnych i społecznych czynników chroniących zdrowie psychiczne i zagrażających mu, zwłaszcza w populacjach dzieci i młodzieży oraz osób starzejących się,
 - wpływu nowych zagrożeń społecznych, szczególnie bezrobocia, na zdrowie psychiczne,
 - uwarunkowań oraz czynników ryzyka uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz powikłań zdrowotnych związanych z ich nadużywaniem,
 - uwarunkowań i czynników ryzyka zachowań samobójczych,
 - uwarunkowań i czynników ryzyka zaburzeń otepiennych,
 - rozpowszechnienia niepełnosprawności społecznej z powodu zaburzeń psychicznych,
 - nowych metod prewencji zaburzeń psychicznych,
 - nowych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji zaburzeń psychicznych,
 - efektywności leczenia i rehabilitacji w różnych formach opieki psychiatrycznej,
 - miejsca i roli osoby z zaburzeniami psychicznymi w rodzinie i społeczeństwie,
 - uwarunkowań i barier w integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej do oceny stanu zdrowia psychicznego populacji oraz sprawności funkcjonowania i kosztów jego ochrony.
4. Podjęcie działań mających na celu nadanie Instytutowi Psychiatrii i Neurologii statusu państwowego instytutu badawczego z docelowym przekształceniem w Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego i powierzeniem roli ośrodka badawczo-rozwojowego w zakresie całości problemów związanych ze zdrowiem psychicznym oraz schorzeniami układu nerwowego.

Oczekiwane efekty

1. Poszerzenie i usystematyzowanie wiedzy na temat zagrożeń zdrowia psychicznego i jego ochrony w Polsce.
2. Uzyskanie rzetelnych i trafnych wskaźników epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych w Polsce.
3. Wprowadzenie nowych metod diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń zdrowia psychicznego oraz rozwiązań organizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.
4. Monitorowanie postępu w dziedzinie realizacji Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
5. Wzmocnienie empirycznych przesłanek prowadzenia polityki zdrowotnej w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.

Wskaźniki monitorowania efektów

1. Cykliczne publikacje informacji statystycznych na temat zasobów i wieloletnich tendencji w ochronie zdrowia psychicznego.
 2. Liczba publikacji naukowych.
 3. Liczba osiągnięć wdrożeniowych.
-

ETAPY REALIZACJI (HARMONOGRAM)

1. Etap 1 - przygotowawczy

Czas trwania: 1 rok

Zadania:

- utworzenie ciał koordynujących na poziomie centralnym, wojewódzkim i lokalnym,
- szkolenie osób koordynujących oraz pracowników samorządowych w zakresie promocji, zapobiegania i ochrony zdrowia psychicznego oraz zarządzania planowanymi zmianami,
- ocena lokalnych zasobów oraz potrzeb promocyjno-prewencyjnych, zdrowotnych, szkoleniowych i inwestycyjnych koniecznych do realizacji Programu,
- przygotowanie Regionalnych Programów Ochrony Zdrowia Psychicznego, dostosowujących ogólne cele programu do specyfiki regionu, określających regionalne zasoby i potrzeby, harmonogram działań oraz przewidywane koszty i sposoby pozyskiwania środków na realizację planowanych celów,
- realizacja i ocena regionalnych i lokalnych eksperymentów badających modele środowiskowych rozwiązań organizacyjnych i finansowych w różnych warunkach (wiejskim, miejskim, wielkomiejskim).

2. Etap 2 – właściwa realizacja

Czas trwania: ostateczny czas trwania zależy od ilości i dynamiki dopływu środków finansowych i jest trudny do określenia, bez wstępnej, realnej oceny potrzeb lokalnych i regionalnych. Należy założyć, że pełna realizacja proponowanych zmian powinna nastąpić w ciągu co najwyżej 15 lat, planowanych w okresach pięcioletnich.

Zadania:

- tworzenie i rozbudowa sieci lokalnych ośrodków zdrowia psychicznego,
- przekształcanie systemu opieki zgodnie z modelem środowiskowym,
- dostosowanie systemu szkolenia zawodowego do potrzeb wynikających z zadań Programu,
- dostosowanie systemu ubezpieczeń społecznych i finansowania świadczeń zdrowotnych do środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej,
- tworzenie sieci oparcia społecznego, szans aktywności zawodowej i integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- realizacja programów z zakresu promocji i zapobiegania,
- realizacja systemów informatycznych i badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego,
- monitorowanie realizacji Programu.

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA I OCENA KOSZTÓW

1. Źródła finansowania:

- środki z budżetu państwa,
- środki własne samorządów,
- środki pozyskiwane z funduszy strukturalnych i regionalnych Unii Europejskiej.

2. Ocena kosztów:

Realna ocena pełnych kosztów realizacji zakładanych celów nie jest możliwa przed sporządzeniem realnej oceny lokalnych zasobów i potrzeb i ujęcia ich w Regionalnych Programach Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Środki z budżetu Państwa

Ponieważ środki te będą przeznaczone na:

- koordynację Programu na szczeblu centralnym oraz
 - wspieranie realizacji samorządowych inicjatyw regionalnych i lokalnych
- wydaje się, że bardziej celowe niż określanie docelowej sumy nakładów jest zapewnienie stałego dopływu środków budżetowych i określenie minimalnych nakładów rocznych, które pozwolą na podtrzymanie tempa realizacji zadań programowych.

Wydaje się, że suma ta powinna wynosić około 20 mln zł rocznie. W ciągu 15 lat realizacji Programu obciążałoby to budżet Państwa kwotą 300 mln zł, z tego około 85 mln zł w ciągu pierwszych 5 lat realizacji Programu.

Suma ta powinna być zweryfikowana i zmodyfikowana w wyniku realizacji pierwszego etapu Programu – po opracowaniu Regionalnych Programów Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Środki własne samorządów

Będą planowane regionalnie i lokalnie. Wysokość niezbędnych nakładów będzie możliwa do oszacowania po inwentaryzacji zasobów oraz potrzeb programowych (promocyjnych, szkoleniowych, organizacyjnych), jak też koniecznych zmian restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych.

Środki z funduszy UE

Środki centralne mogłyby uzyskać zasilenie z dwóch programów operacyjnych Narodowej Strategii Spójności:

- w ramach programu Operacyjnego 6 „Infrastruktura i Środowisko”, priorytet XIII „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”,
- w ramach Programu Operacyjnego „Kapitał ludzki”, priorytet V „Profilaktyka i Promocja Zdrowia i Poprawa Stanu Zdrowia Społeczeństwa”.

Środki regionalne mogłyby uzyskiwać zasilenie ze Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

ANEKSY

Załącznik nr 1. Zarys modelu CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Cel działania

Wprowadzenie nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, który:

- 1) poprawia jakość leczenia psychiatrycznego – jego dostępność, ciągłość i skuteczność,
- 2) ogranicza rozmiary i negatywne skutki hospitalizacji, a tym samym koszty opieki psychiatrycznej,
- 3) uruchamia inicjatywy i zasoby społeczne lokalnej społeczności,
- 4) przeciwdziała stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie obywateli,
- 5) zapewnia warunki do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania

1. Wszechstronna psychiatryczna opieka zdrowotna (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oraz orzecznictwo i konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej).
2. Wszechstronność opieki świadczonej przez CZP wynika ze:
 - **zróżnicowania świadczeń** zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły,
 - **koordynacji świadczeń** udzielanych poszczególnym chorym oraz
 - **dostosowania struktury** organizacyjnej do lokalnych potrzeb.
3. Centrum tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500 osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej ok. 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy)
4. Centrum udziela:
 - **czynnej opieki długoterminowej** (powyżej 60 dni) dla chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłej opieki i leczenia, związanych z Centrum terytorialnie (możliwość dojazdu i kontaktu) oraz społecznie (społeczność lokalna),
 - **opieki długoterminowej** (powyżej 60 dni) dla innych chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
 - **opieki krótkoterminowej** (do 60 dni) - dla chorych z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi,
 - **pomocy konsultacyjnej** (porady jednorazowe lub opieka do 7 dni) – dla innych osób potrzebujących świadczeń diagnostycznych lub krótkotrwałej terapii,
 - **opieki szpitalnej** - w niezbędnym zakresie.

Struktura

1. Centrum składa się co najmniej z:
 - **zespołu ambulatoryjnego** - *zadania*: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje społeczne,
 - **zespołu środowiskowego** - *zadania*: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne,
 - **zespołu dziennego** - *zadania*: częściowa hospitalizacja,
 - **zespół szpitalny** – *zadania*: dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej. Podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego lokalnego szpitala ogólnego, uzupełniane profilowanymi świadczeniami innych szpitali. Tam, gdzie to możliwe, oddział stanowi integralną część Centrum.
2. W zależności od miejscowych potrzeb i zasobów:

- **opieka nad dziećmi i młodzieżą** mogłaby funkcjonować równoległe, niezależnie (Centra Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży) lub w ramach jednego ośrodka (zespół dziecięco-młodzieżowy CZP),
 - CZP może ponadto organizować inne **zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych** w leczeniu wybranych grup chorych (np. zespoły: zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub inne **zespoły o zadaniach specyficznych** (np. pomoc kryzysowa, hostele i inne formy chronionego zakwaterowania).
3. W rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych chorych, CZP ściśle współpracuje z placówkami pomocy społecznej – np. w zakresie świadczeń opiekuńczych, pomocy materialnej i mieszkaniowej, rehabilitacji zawodowej, domów samopomocy i pomocy społecznej. Współpraca ta może być zintegrowana instytucjonalnie.

Warunki organizacyjne

1. Większe Centra mogą stanowić samodzielne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ).
2. Działając w strukturze ogólnego ZOZ, CZP musi dysponować odrębnością organizacyjną, pozwalającą na planową realizację specyficznych zadań opieki psychiatrycznej.
3. Gęstość sieci i lokalizacja CZP powinna być określona w Regionalnych Programach Ochrony Zdrowia Psychicznego, zgodnie ze wskaźnikami Programu Narodowego.
4. W przyszłości należałoby rozważyć możliwość finansowania zadań Centrów Zdrowia Psychicznego wg stawki kapitałowej, analogicznie i równoległe do działalności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Załącznik nr 2. Proponowane wskaźniki dostępności (minimalne) w opiece psychiatrycznej.

Minimalna dostępność placówek

| Placówki dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi | | |
|--|---|--|
| Placówka | Minimalny wskaźnik lub liczba placówek | uwagi |
| Poradnia | 1 poradnia / 50 tys. mieszk. | czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta |
| Oddziały dzienne | 3 miejsca / 10 tys. mieszk. | co najmniej 1 w mieście >70 tys. mieszk. |
| Zespoły środowiskowe | 1 zespół / 50 tys. mieszk. | 1-3 wizyty/ tyg. |
| Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej | 1 zespół w miastach pow. 200 tys. mieszk. | |
| Oddziały psychiatryczne szpitalne | 4 łóżka / 10 tys. mieszk. równomiernie jak najbliżej, w miastach / dzielnicach miast >80 tys. mieszk. optymalnie: w szpitalach ogólnych | maks. 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym; przekształcenia w większych szpitalach |
| Hostel | 0,2 / 10 tys. mieszk. | |
| Oddziały opiekuńcze (ZLO, ZOL) | 1-2 łóżka / 10 tys. mieszk. | |

| Placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi | | |
|---|--|-------------------|
| Placówka | Minimalny wskaźnik lub liczba placówek | Uwagi |
| Poradnia | 1 poradnia / powiat lub kilka (na 150 tys. mieszk. | czynna codziennie |
| Oddziały dzienne | 1 miejsce na 10 tys. mieszk. | |
| Zespoły środowiskowe | 1 zespół na 150 tys. mieszk. | 1-3 wizyt /tyg. |
| Oddziały szpitalne | 0,4 łóżka /10 tys. mieszk. | równomiernie |
| Hostel | 1 hostel w województwie | |
| Poradnia pomocy rodzinie | 1 poradnia w województwie | |

| Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych | | |
|---|---|--|
| Placówka | Minimalny wskaźnik lub liczba placówek | Uwagi |
| Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia | co najmniej 1 przychodnia /1 powiat (ok. 50 tys. mieszk. | - z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego - czynna codziennie |
| Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu: | 1 oddział w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. ludności). | |
| Oddziały / pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych | 0,2-0,3 /10 tys. mieszkańców | |
| Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu | 1,2 łóżko na 10 tys. ludności | |
| Hostele | 1 hostel (20 m-c)/województwo | |

| Placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych | | |
|--|--|--|
| Placówka | Minimalny wskaźnik lub liczba placówek | Uwagi |
| Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych | co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach: 50- 70 tys mieszk. – 1 przychodnia 70 –100 tys. mieszk. . – 2 przychodnie pow. 100 tys. – 3 przychodnie | - z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego - czynna codziennie w tym ośrodki interwencji kryzysowej |
| Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych | co najmniej 1 w województwie | z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach |
| Oddziały/ łóżka detoksykacyjne | 0,1 /10 tys. mieszk. | z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach |
| Oddziały / ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych | 0,7/na 10 tys. mieszk., | w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach, |
| Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych | 0,2 / 10 tys. mieszkańców | |
| Program substytucyjny | W każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego | |

Załącznik nr 3. Oczekiwane docelowe wskaźniki zatrudnienia wybranych zawodów istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Oczekiwane zatrudnienie

| Zawód | Oczekiwania | | Stan obecny |
|---|-------------------|--------|-------------|
| | wskaźnik/100 tys. | liczba | liczba |
| psychiatrzy | 10,0 | 4000 | 2700 |
| psychiatrzy dzieci i młodzieży | 1,0 | 400 | 206 |
| psychologowie kliniczni | 9,5 | 3800 | 1400 |
| pracownicy socjalni | 10,0 | 4000 | 300 |
| pielęgniarki | 35,0 | 14000 | 10 000 |
| terapeuci zajęciowi* | 8,0 | 3200 | 560 |
| psychoterapeuci z certyfikatem | 2,0 | 800 | 500 |
| certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień | 5,0 | 2000 | 1400 |

* docelowo należy przekształcić go w zawód terapeuty środowiskowego (zaburzeń psychicznych) o szerszych i bardziej wszechstronnych kompetencjach przydatnych w sprawowaniu zadań opiekuńczych oraz wspomaganie różnych form terapii w opiece środowiskowej i stacjonarnej.

UZASADNIENIE

Celem rozporządzenia jest wykonanie upoważnienia dla Rady Ministrów do podjęcia działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego poprzez określenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Mimo wielu jeszcze zapóźnień, zaniedbań i uprzedzeń, zdrowie psychiczne zaczyna być traktowane także w Polsce jako nieodłączny składnik zdrowia. Można żywić nadzieję, że Program zyska zrozumienie i będzie skłaniać do działania na rzecz zasadniczej zmiany podejścia wobec związanych z nim problemów społecznych i ekonomicznych.

Przy opracowaniu i realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uczestniczyć będą przedstawiciele Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Sprawiedliwości oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Problematyka zdrowia psychicznego społeczeństwa leży nie tylko w gestii Ministra Zdrowia, ale i wyżej wymienionych podmiotów, które w swoich działaniach realizowanych w podległych im placówkach, zakładach, jednostkach, szkołach, uczelniach stykają się stale z istnieniem różnego rodzaju zaburzeń, patologii, wypaczeń, a stopień wiedzy i możliwości aktualnej naprawy istniejących nieprawidłowości jest daleko niewystarczający dla normalizacji i likwidacji różnego rodzaju patologii.

W opracowaniu i realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uczestniczył będzie również Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz.U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.)

Przedmiot projektu regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt ustawy obejmuje zakresem regulacji, organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz organizacje pozarządowe, działające na rzecz ochrony i poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa, w zakresie zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak również Narodowy Fundusz Zdrowia, w zakresie finansowania udzielanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych.

2. Konsultacje społeczne

Równoległe do uzgodnień międzyresortowych, projektowana regulacja została poddana konsultacji z następującymi podmiotami:

- 1) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- 2) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii;
- 4) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- 5) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 6) Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
- 7) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne;
- 8) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 9) Rada Krajowa Federacji Konsumentów;
- 10) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 11) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 12) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 13) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 14) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Związek Pracodawców Służby Zdrowia;
- 17) Naczelna Rada Lekarska;
- 18) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 19) Helsińska Fundacja Praw Człowieka;
- 20) Fundacja Batorego;

21) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;

22) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej;

23) urzędy marszałkowskie,

a ponadto była dostępna na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

Projekt spotkał się z akceptacją, jako inicjatywa potrzebna ze względu na obecne potrzeby zdrowotne i konieczność zorganizowania nowoczesnego kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Uwagi dotyczące ocen epidemiologicznych, koordynacji i współdziałania zostały uzgodnione.

Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego nie zgłosili uwag do projektu rozporządzenia.

Podmioty uprawnione do podejmowania działalności lobbingowej na podstawie przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz.U. Nr 169, poz. 1414) nie zgłosiły zainteresowania projektem.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Z realizacją Programu będzie wiązało się ponoszenie kosztów w sektorze finansów publicznych – zarówno wynikających z potrzeby restrukturyzacji i rozbudowy infrastruktury, jak i zwiększenia zatrudnienia w tej dziedzinie opieki zdrowotnej. Realizatorami zadań będą jednostki podsektora rządowego związane z określonymi działami gospodarki narodowej oraz – w przeważającej części – jednostki samorządu terytorialnego.

Przystępując do oszacowania potrzeb w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w pierwszej kolejności ustalono optymalną liczbę placówek (oddziałów szpitalnych, zespołów leczenia środowiskowego, poradni, hosteli, oddziałów opiekuńczo-leczniczych) i utrzymywanych przez nie miejsc (łóżek). W wyniku porównania postulowanego poziomu opieki, wyrażonego liczbą łóżek na 10.000 mieszkańców, ze stanem faktycznym stwierdzono istnienie wysokiego niedoboru we wszystkich obszarach. W systemie opieki psychiatrycznej brakuje około: 1.500 łóżek na oddziałach psychiatrycznych; 1400 łóżek na oddziałach dla osób uzależnionych, 7.000 łóżek na oddziałach opieki dziennej, 2.000 łóżek na oddziałach opiekuńczo-leczniczych, 1.500 miejsc w hostelach oraz 400 zespołów leczenia środowiskowego i 200 poradni. Uzupelnienie stwierdzonych niedoborów i osiągnięcie standardów

europejskich, nawet rozłożone na okres 5 lat, musiałyby oznaczać dokonanie szeregu inwestycji (ponad 500 mln zł) i wiązałyby się ze znaczącym wzrostem zatrudnienia (ponad 15 tys. pracowników) oraz wydatków na udzielane świadczenia.

Uwzględniając sytuację budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego i biorąc pod uwagę możliwe trudności w pozyskaniu tak licznej grupy wykwalifikowanych pracowników, w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego założono, że w wyniku realizacji programu, w latach 2009-2013, zostanie uzupełniona połowa stwierdzonego niedoboru.

Wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie również wymagało, zgodnie z informacją Ministerstwa Sprawiedliwości, utworzenia 4 nowych oddziałów terapeutycznych w zakładach karnych oraz zatrudnienia około 36 wykwalifikowanych pracowników.

W projekcie Programu założono, że coroczne nakłady inwestycyjne, z wyłączeniem nakładów z budżetu Ministra Sprawiedliwości, wyniosą 46,9 mln zł, co pozwoli na utworzenie: 5 oddziałów psychiatrycznych po 30 łóżek, 3 oddziałów dla uzależnionych po 40 łóżek, 30 oddziałów dziennych po 20 łóżek, 5 oddziałów opiekuńczo-leczniczych po 40 łóżek, 40 zakładów leczenia środowiskowego, 20 poradni i 10 hosteli po 15 miejsc.

Wydatki inwestycyjne w zakładach karnych zamkną się kwotą 0,4 mln zł, po 0,2 mln zł w 2009 i 2010 r.

Istotną częścią kosztów Programu będzie wartość świadczeń udzielanych przez nowopowstałe placówki. Według wyliczeń roczny wzrost kosztów udzielanych świadczeń wyniesie 57,78 mln zł. Wydatki te będą ponoszone począwszy od 2 roku realizacji Programu, co wynika z niemożności zakontraktowania w pierwszym roku świadczeń w placówkach, które dopiero będą modernizowane, adaptowane lub tworzone.

W poszczególnych latach wydatki na świadczenia finansowane przez NFZ będą kształtowały się następująco: 1 rok – brak, 2 rok – 61 mln zł, 3 rok – 122 mln zł, 4 rok – 183 mln zł, 5 rok – 244 mln zł.

Wysokość wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń została ustalona na podstawie aktualnej wyceny stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu świadczeń. Obliczenia zawarte są w tabeli nr 1 załącznika do OSR. Ponadto, zgodnie z informacją przedstawioną przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

uwzględniono zaplanowany wzrost nakładów na psychiatrię o 7,3% oraz wzrost ceny świadczeń o 20,7% wynikający z ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń

Dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania nowopowstałych placówek konieczne będzie zatrudnienie około 7 tys. pracowników, w tym: 650 lekarzy psychiatrów, 97 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, 2.000 pielęgniarek, 1.320 terapeutów zajęciowych, 300 certyfikowanych specjalistów i instruktorów terapii uzależnień, 1.200 psychologów klinicznych, 200 certyfikowanych psychoterapeutów i 1.850 pracowników socjalnych. Wzrost zatrudnienia będzie postępował równomiernie w wymienionych grupach zawodowych – około 1500 osób rocznie, równoległe do powstawania nowych placówek.

Wydatki na świadczenia zostaną również powiększone o wynagrodzenia pracowników Centralnego Zarządu Służby Więziennej, wraz z kosztami pochodnych od tych wynagrodzeń, pokrywane z budżetu Ministra Sprawiedliwości, w wysokości 1,55 mln zł w 2009 r., 1,53 mln zł w 2010 r., 2,03 w 2011 r. i latach następnych.

Oceniając finansowe skutki przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uwzględniono również wydatki na działania związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, średnio 12,5 mln zł rocznie. Środki te zostaną przeznaczone głównie na rozwój poradnictwa w kryzysach psychicznych (Centra Pomocy Rodzinie).

Ze środków Programu finansowane będą również prace naukowo-badawcze (3,64 mln zł rocznie), w tym 0,09 mln zł rocznie na program oceny skuteczności terapii w zakładach karnych oraz koszty koordynacji oraz 0,05 mln zł rocznie na badania służące ocenie realizacji programu w placówkach podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji. Podjęte zostaną działania, mające na celu określenie w Krajowym Programie Badań Naukowych i Prac Rozwojowych strategicznego programu z zakresu zdrowia psychicznego. Ostateczna wysokość środków przeznaczonych na program badawczy, wynikać będzie z procedur przewidzianych w ustawie z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 238, poz. 2390, z późn. zm.).

Łączny koszt realizacji programu w latach 2009 – 2013 wyniesie 962,77 mln zł.

Wydatki na realizację programu będą ponoszone przez wiele podmiotów, zarówno z budżetów organów centralnych, jak i z budżetów jednostek samorządu

terytorialnego. Podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie świadczeń będzie Narodowy Fundusz Zdrowia – łącznie 610 mln zł; Minister Zdrowia będzie pokrywał wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, koordynacją oraz rozwojem i unowocześnieniem systemów informacji – łącznie 40 mln zł; Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – wydatki związane z badaniami naukowymi – łącznie 18,2 mln zł; Minister Sprawiedliwości: wydatki inwestycyjne oraz świadczenia (płace personelu) – łącznie 9,57 mln zł; Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji – wydatki związane z profilaktyką i promocją – łącznie 13 mln zł; Minister Edukacji Narodowej - wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży – łącznie 7,5 mln zł; jednostki samorządu terytorialnego, jako organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej będą ponosiły wydatki inwestycyjne - 234,5 mln zł, oraz związane z działalnością centrów pomocy rodzinie – 30 mln zł, łącznie 264,5 mln zł. Zestawienie wydatków ponoszonych przez poszczególne podmioty, w kolejnych latach programu zawiera tabela w pkt 7 załącznika do OSR.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia będą miały w dalszej perspektywie wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość, ponieważ poprawi się kondycja psychiczna społeczeństwa, a dzięki temu nastąpi zwiększenie wydajności pracy.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionów.

6. Wpływ na rynek pracy

Wdrażanie Programu spowoduje – w różnym stopniu w poszczególnych regionach – wzrost i restrukturyzację zatrudnienia.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja poprzez ustanowienie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego pozwoli na wzmocnienie ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności w procesie ich diagnozowania i leczenia i dzięki temu przyczyni się do poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa.

**Oszacowanie skutków finansowych ważniejszych działań
określonych w projekcie
Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego**

(zadania będą realizowane w ciągu 5 lat począwszy od 2009 r.; założono coroczną równomierność ich realizacji i stałe koszty)

1. Koszty związane z utworzeniem nowych placówek

| Źródło kosztów | Roczny koszt finansowania świadczeń przez NFZ – począwszy od 2 roku realizacji Programu | Roczny koszt uruchomienia/adaptacji |
|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| <p>Nowe oddziały psychiatryczne – całodobowe (bez sądowych, opiekuńczych i uzależnień) Bezwzględny niedobór łóżek (ok. 500 ł.)+ niedobór, po zmniejszeniu dużych szpitali (ok.1000 ł.), wymaga utworzenia ok. 50 oddz. 30-łóżk. w szpitalach ogólnych w miastach i powiatach z niedoborem bazy łóżkowej</p> | <p>Zakładając, że rocznie powstanie 5 oddziałów x 30 ł. = 150 łózek, to oznacza ok. 50 tys. osobodni przy 90% obłożeniu x 175 zł (średni koszt osobodnia) = 7,88 mln zł</p> | <p>Przeciętny koszt adaptacji pomieszczeń szpitalnych na oddział – ok. 1 mln zł x 5 oddziałów = 5 mln zł</p> |
| <p>Nowe oddziały dla uzależnionych – całodobowe. Przy wskaźniku 1,2 brakuje ok. 1400 łózek, tj. ok. 35 oddziałów 40-łóżkowych</p> | <p>Zakładając utworzenie rocznie 3 oddziałów x 40 ł. = 120 łózek, to oznacza ok. 40 tys. osobodni przy 90% obłożeniu x 160 zł = 5,76 mln zł</p> | <p>Przeciętny koszt adaptacji pomieszczeń szpitalnych na oddział – ok. 0,8 mln zł x 3 oddziałów = 2,4 mln zł</p> |
| <p>Nowe oddziały dzienne Minimalna liczba brakujących miejsc w oddziałach dziennych (psychiatrycznych i dla uzależnionych) to 7000, tj. ok. 350-400 oddziałów 15/20- miejscowych</p> | <p>Jeśli rocznie powstanie 30 oddziałów x 20 miejsc = 600 miejsc, co daje ok. 200 tys. osobodni x 110 zł = 22 mln zł</p> | <p>Przeciętny koszt adaptacji pomieszczeń na oddział dzienny – ok. 0,5 mln zł x 30 oddziałów = 15 mln zł</p> |
| <p>Zespoły leczenia środowiskowego i poradnie Docelowo powinno powstać ok. 400 ZLŚ, tj. w każdym powiecie i po kilka w dużych miastach + 200 poradni</p> | <p>Gdyby rocznie powstało ok. 40 ZLŚ i 20 poradni, to średni koszt finansowania świadczeń wyniesie 60 x 250 tys. zł = 15 mln zł</p> | <p>Koszt adaptacji pomieszczeń – ok. 0,3 mln zł x 60 = 18 mln zł</p> |
| <p>Hostele Przy wskaźniku 0,4 (łącznie psychiatrycznych i dla uzależnionych) wymagałoby to utworzenia ok. 1500 miejsc hostelowych, tj. ok. 100 hosteli 15-miejscowych</p> | <p>Gdyby rocznie powstawało 10 hosteli x 15 miejsc = 150 miejsc, to oznacza ok. 50 tys. osobodni x 80 zł = 4 mln zł</p> | <p>Koszt utworzenia – ok. 0,3 mln zł x 10 = 3 mln zł</p> |
| <p>Oddziały opiekuńczo-lecznicze Niedobór ok. 2000 łózek w skali kraju, w części może być wyrównany na bazie oddz. psychiatrycznych w dużych szpitalach</p> | <p>Zakładając utworzenie rocznie ok. 5 oddziałów 40-łóżkowych = 200 łózek, co oznacza ok. 70 tys. osobodni x 90 zł = 6,36 mln zł</p> | <p>Koszt adaptacji/utworzenia ok. 0,7 mln zł x 5 = 3,5 mln zł</p> |
| <p>ROCZNIE OGÓLEM</p> | <p>61 mln zł</p> | <p>46,9 mln zł</p> |

2. Wydatki na świadczenia i wydatki inwestycyjne w kolejnych latach Programu (bez wydatków ponoszonych przez budżet Ministra Sprawiedliwości) :

(koszty podano w mln zł)

| ROK | KOLEJNY ROK PROGRAMU | WYDATKI BIEŻĄCE – KOSZT FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ | WYDATKI INWESTYCYJNE – KOSZTY URUCHOMIENIA/ADAPTACJI |
|------------|-----------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2009 | 1 | - | 46,9 |
| 2010 | 2 | 61 | 46,9 |
| 2011 | 3 | 122 | 46,9 |
| 2012 | 4 | 183 | 46,9 |
| 2013 | 5 | 244 | 46,9 |

2.1. Wydatki bieżące i wydatki inwestycyjne ponoszone z budżetu Ministra Sprawiedliwości, założono:

- utworzenie 4 nowych oddziałów terapeutycznych w zakładach karnych (2 w 2009 r. i 2 w 2010 r.),
- zatrudnienie dodatkowego personelu (psychologowie i terapeuci) w zakładach karnych (łącznie 36 etatów) – wynagrodzenia i składniki pochodne od wynagrodzeń,
- prowadzenie metodologicznego programu badawczego.

(koszty podano w mln zł)

| ROK | KOLEJNY ROK PROGRAMU | WYDATKI BIEŻĄCE – PŁACE (WRAZ Z POCHODNYMI) | WYDATKI INWESTYCYJNE – KOSZTY URUCHOMIENIA/ADAPTACJI |
|------------|-----------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2009 | 1 | 1,55 | 0,2 |
| 2010 | 2 | 1,53 | 0,2 |
| 2011 | 3 | 2,03 | - |
| 2012 | 4 | 2,03 | - |
| 2013 | 5 | 2,03 | - |

3. Koszty związane z promocją i profilaktyką – 10 mln zł rocznie (50 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|---|--------------------------------|
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie problemom zdrowia psychicznego w szkole, stanowiąca integralną część programu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej | 1,5 mln zł |
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie w środowisku osób dorosłych | 1,5 mln zł |
| Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie w środowisku osób w podeszłym wieku | 1 mln zł |
| Rozwój poradnictwa w kryzysach psychicznych (zadania z zakresu zdrowia psychicznego w ramach Centrów Pomocy Rodzinie) - 2 etaty w każdym powiecie | 6 mln zł |
| razem | 10 mln zł |

4.1 Koszty związane z rozwojem badań naukowych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – 3,64 mln zł (18,2 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|---|--------------------------------|
| Promowanie badań: – epidemiologiczne oceny przekrojowych oraz długoterminowych studiów wybranych zbiorowości (0,75 mln zł), – ocena skuteczności realizacji (ewaluacja) NPOZP (0,25 mln zł) | 1 mln zł |
| Podjęcie działań w sprawie określenia w Krajowym Programie Badań Naukowych i Prac Rozwojowych strategicznego programu z zakresu zdrowia psychicznego, w tym: | 2,5 mln zł |
| - badania służące ocenie realizacji programu w zakładach karnych | 0,09 mln zł |
| - badania służące ocenie realizacji programu w placówkach podległych MSWiA | 0,05 mln zł |
| RAZEM: | 3,64 mln zł |

4.2 Koszty związane z rozwojem systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – 4,5 mln zł (22,5 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|--|--------------------------------|
| Unowocześnienie i poszerzanie zastosowania systemów statystyki medycznej do oceny stanu zdrowia psychicznego populacji: – opracowanie programów do elektronicznych wersji zbierania danych ze wszystkich placówek, każdego rodzaju opieki psychiatrycznej (całodobowej, ambulatoryjnej, oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego, hosteli, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych), – szkolenie pracowników w zakresie obsługi programów, – zmodernizowanie modelu przetwarzania danych i ich raportowania | 4,5 mln zł |
| RAZEM: | 4,5 mln zł |

5. Koszty koordynacji – 1 mln zł (5 mln zł w ciągu 5 lat), w tym:

| Źródło kosztów | Przeciętny koszt roczny |
|---|--------------------------------|
| Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego (koszty posiedzeń, delegacji, ekspertyz) | 0,15 mln zł |
| Krajowe Biuro Zdrowia Psychicznego – rocznie min. 6 etatów, po 2 na każdy cel strategiczny Programu | 0,85 mln zł |
| razem | 1 mln zł |

6. Podsumowanie – łączny koszt programu w latach 2009 – 2013 wyniesie 962,77 mln zł

(koszty podano w mln zł)

| ROK | KOLEJNY ROK PROGRAMU | NAKLADY INWESTYCYJNE (URUCHOMIENIE/ADAPTACJA) | KOSZT FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ, W TYM WYDATKI MS | PROFILAKTYKA I PROMOCJA | BADANIA NAUKOWE I SYSTEMY INFORMACJI | KOORDYNACJA | RAZEM |
|------|----------------------|--|---|-------------------------|---|-------------|--------|
| 2009 | 1 | 47,1 | 1,55 | 12,2 | 8,14 | 1 | 69,99 |
| 2010 | 2 | 47,1 | 62,53 | 12,4 | 8,14 | 1 | 131,17 |
| 2011 | 3 | 46,9 | 124,03 | 12,6 | 8,14 | 1 | 192,67 |
| 2012 | 4 | 46,9 | 185,03 | 12,8 | 8,14 | 1 | 253,87 |
| 2013 | 5 | 46,9 | 246,03 | 13 | 8,14 | 1 | 315,07 |

7.1 Podsumowanie – wydatki ponoszone Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2009 – 2013

(koszty podano w mln zł)

| Podmiot | Przeznaczenie środków | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Razem w latach 2009 - 2013 |
|---|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|
| Narodowy Fundusz Zdrowia | świadczenia | - | 61 | 122 | 183 | 244 | 610 |

7.2 Podsumowanie – wydatki ponoszone przez pozostałe podmioty w latach 2009 – 2013

(koszty podano w mln zł)

| Podmiot | Przeznaczenie środków | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Razem w latach 2009 - 2013 |
|--|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------|
| Minister Zdrowia | profilaktyka i promocja | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 12,5 |
| | koordynacja | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| | systemy informacji | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 22,5 |
| Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego | badania naukowe | 3,64 | 3,64 | 3,64 | 3,64 | 3,64 | 18,2 |
| Minister Sprawiedliwości | inwestycje | 0,2 | 0,2 | - | - | - | 0,4 |
| | świadczenia (płace + pochodne) | 1,55 | 1,53 | 2,03 | 2,03 | 2,03 | 9,17 |
| Minister Edukacji Narodowej | profilaktyka i promocja | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 7,5 |
| Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji | promocja i profilaktyka | 2,2 | 2,4 | 2,6 | 2,8 | 3 | 13 |
| Budżety jednostek samorządu terytorialnego | inwestycje | 46,9 | 46,9 | 46,9 | 46,9 | 46,9 | 234,5 |
| | profilaktyka i promocja | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 30 |
| | | 69,99 | 70,17 | 70,67 | 70,87 | 71,07 | 352,77 |