128

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 28 grudnia 2010 r.

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwany dalej „Programem", określający strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Program jest realizowany w latach 2011—2015.

§ 2. Celami głównymi Programu są:

1) promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;

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

3) rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

§ 3. 1. Do celów szczegółowych Programu należą:

1) w zakresie promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym:

a) upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,

b) zapobieganie zaburzeniom psychicznym,

c) zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,

d) organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;

2) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:

a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,

b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,

c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,

d) skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;

3) w zakresie rozwoju badań naukowych i systemów informacji z zakresu zdrowia psychicznego:

a) przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych,

b) promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego,

c) unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej,

d) ocena skuteczności realizacji Programu.

2. Szczegółowy wykaz zadań i ich podział pomiędzy podmioty realizujące określa harmonogram stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Podmiotami realizującymi Program są:

1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej;

2) Narodowy Fundusz Zdrowia;

3) samorządy województw, powiatów i gmin.

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

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, jeżeli pozwala na to charakter wynikających z Programu zadań, realizują Program we współpracy z podmiotami, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536).

§ 5. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia kieruje realizacją Programu i koordynuje wykonanie zadań, o których mowa w § 3 ust. 2.

[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, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 6, poz. 19.

2. Podmioty realizujące Program przesyłają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub wskazanemu przez niego podmiotowi, w terminie do dnia 15 maja, roczne sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim. Sprawozdania powinny zawierać odniesienie do stanu wyjściowego, o którym mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, oraz wskaźników przedstawionych w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

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

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*

Załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów
z dnia 28 grudnia 2010 r. (poz. 128)

Załącznik nr 1

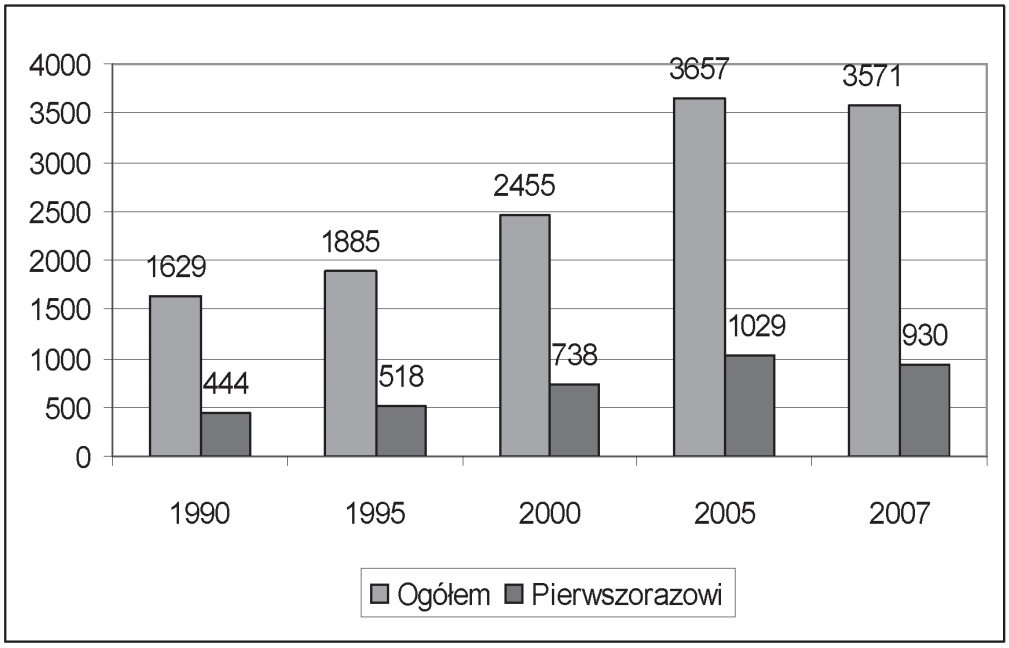
HARMONOGRAM REALIZACJI
NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

I. Charakterystyka aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

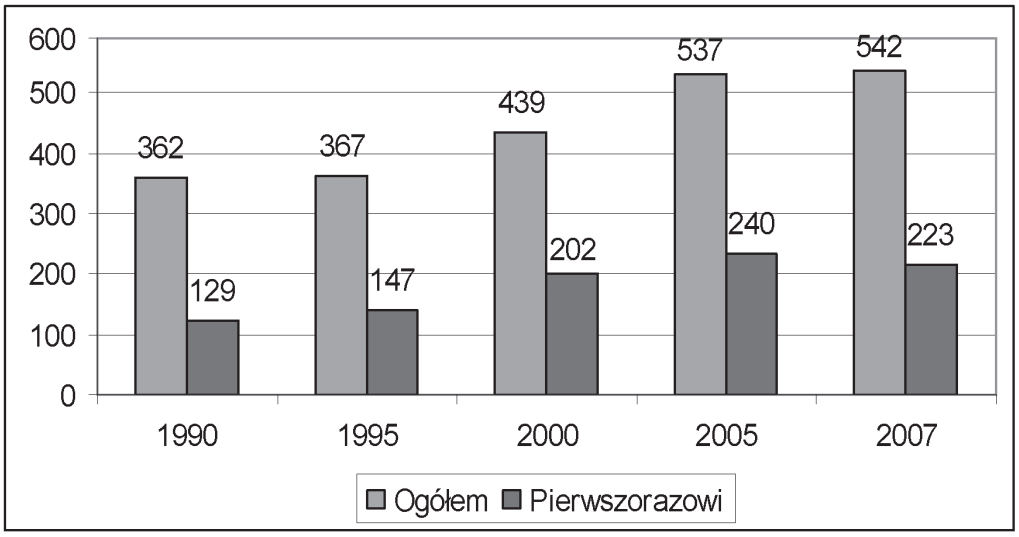
Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego Polaków jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych — alkoholu, narkotyków i leków.

W ciągu 18 lat, od roku 1990 do 2007, wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł o 119 % (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50 % (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej. Przy czym, o ile do roku 2005 wskaźniki sukcesywnie wzrastały, to między rokiem 2005 a 2007 wskaźnik rozpowszechnienia w opiece ambulatoryjnej spadł o 2 %, a wskaźnik hospitalizacji wzrósł zaledwie o 1 %. Zjawisko to spowodowane zostało w większym stopniu spadkiem zapadalności (liczbą rejestrowanych pacjentów po raz pierwszy zgłaszających się do leczenia) niż spadkiem liczby pacjentów leczonych w poprzednich latach. W latach 1990—2005 zapadalność w opiece ambulatoryjnej wzrosła o 132 %, a w opiece całodobowej o 86 %, natomiast w latach 2005—2007 zapadalność w opiece ambulatoryjnej spadła o 10 % (z 1029 do 930 na 100 tys. ludności), a w opiece całodobowej o 7 % (z 240 do 223 na 100 tys. ludności) (rys. 1 i 2).

Rys. 1. OPIEKA AMBULATORYJNA. Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi. Wskaźnik na 100 tys. ludności



Rys. 2. OPIEKA STACJONARNA. Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi. Wskaźnik na 100 tys. ludności



W opiece ambulatoryjnej, w ciągu 18 lat, wystąpił wzrost wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych (tab. 1). Ponad trzykrotnie wzrosło rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych, a zaburzenia niepsychotyczne wzrosły o 73 %. Najwyższy, prawie ośmiokrotny wzrost, wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych; upośledzenie umysłowe wzrosło o 153 %, a zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu o 82 %. Jednakże w ostatnim czasie (między rokiem 2005 i 2007) rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych zmniejszyło się o 6 % i zaburzeń psychotycznych — o 5 %. Wzrosło natomiast rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu — o 2 %.

Tab. 1. OPIEKA AMBULATORYJNA. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 1990—2007. Wskaźniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe między wskaźnikami z lat 1990 i 2007 oraz 2005 i 2007

Rozpoznanie	Rok					Zmiana wsk. w % 1990/2007	Zmiana wsk. w % 2005/2007
	1990	1995	2000	2005	2007		
Ogółem — liczby bezwzględne	62091	727314	948838	1395712	1361223	↑ 119	↓ 2
Ogółem wskaźniki	1629	1885	2455	3657	3571		
Zaburzenia psychotyczne	466	563	912	1481	1410	↑ 203	↓ 5
Zaburzenia niepsychotyczne	826	956	998	1438	1429	↑ 73	↓ 1
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	261	274	363	468	476	↑ 82	↑ 2
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	12	19	61	101	95	↑ 692	↓ 6
Upośledzenie umysłowe	64	73	121	169	162	↑ 153	↓ 4

Istotna jest obserwowana w opiece ambulatoryjnej zmiana proporcji między wskaźnikami zaburzeń psychotycznych i niepsychotycznych — o ile w roku 1990 wskaźnik zaburzeń niepsychotycznych był o 76 % wyższy niż psychotycznych, to w roku 2000 o 9 % wyższy, a w roku 2007 zaledwie o 1 %.

Jednocześnie rejestruje się wzrost liczby poradni psychologicznych — od 24 w roku 2004, 102 w roku 2005 do 228 w roku 2007. Można przypuszczać, że to powoduje zmniejszenie się liczby pacjentów niepsychotycznych z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej. Część tych poradni przekształciła się z poradni zdrowia psychicznego bądź poradni dla osób uzależnionych. Poradnie te zajmują się głównie psychoterapią, zatrudniają prawie wyłącznie psychologów, w związku z tym ich pacjenci nie mają stawianych rozpoznań psychiatrycznych (według klasyfikacji ICD-10), zatem nie są włączani do analiz epidemiologicznych.

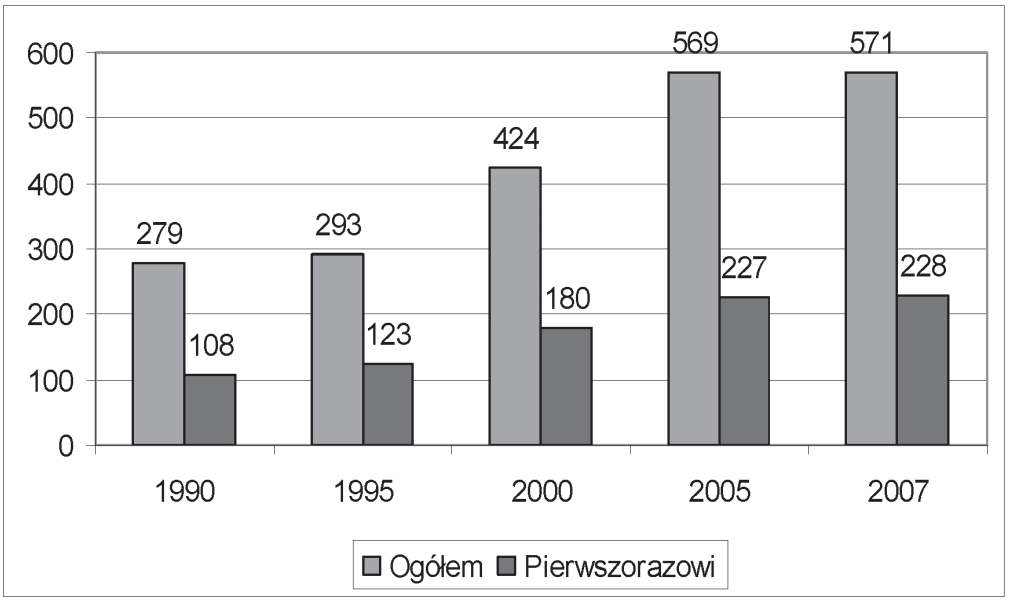
W psychiatrycznej opiece stacjonarnej we wszystkich analizowanych latach leczono znacznie więcej pacjentów psychotycznych niż niepsychotycznych i różnice te z latami pogłębiają się — zwiększa się z roku na rok liczba hospitalizowanych pacjentów z psychozami, przy prawie niezmiennej liczbie pacjentów z zaburzeniami niepsychotycznymi. W roku 1990 psychoz leczono trzy razy więcej niż zaburzeń niepsychotycznych, w roku 2007 prawie cztery razy więcej. W dynamice hospitalizacji występują podobne tendencje jak w opiece ambulatoryjnej. W ciągu 18 lat najwyższy wzrost — ponad trzykrotny — wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, a zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu wzrosły o 96 %. Wskaźnik psychoz zwiększył się o 32 %, a zaburzeń niepsychotycznych o 3 %. Między rokiem 2005 i 2007 wskaźnik psychoz spadł o 4 %, zaburzeń niepsychotycznych o 7 %, zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych utrzymał się na tym samym poziomie, podobnie jak upośledzenia umysłowego, wzrósł natomiast o 12 % wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (tab. 2).

Tab. 2. OPIEKA STACJONARNA. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 1990—2007. Wskaźniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe między wskaźnikami z lat 1990 i 2007 oraz 2005 i 2007

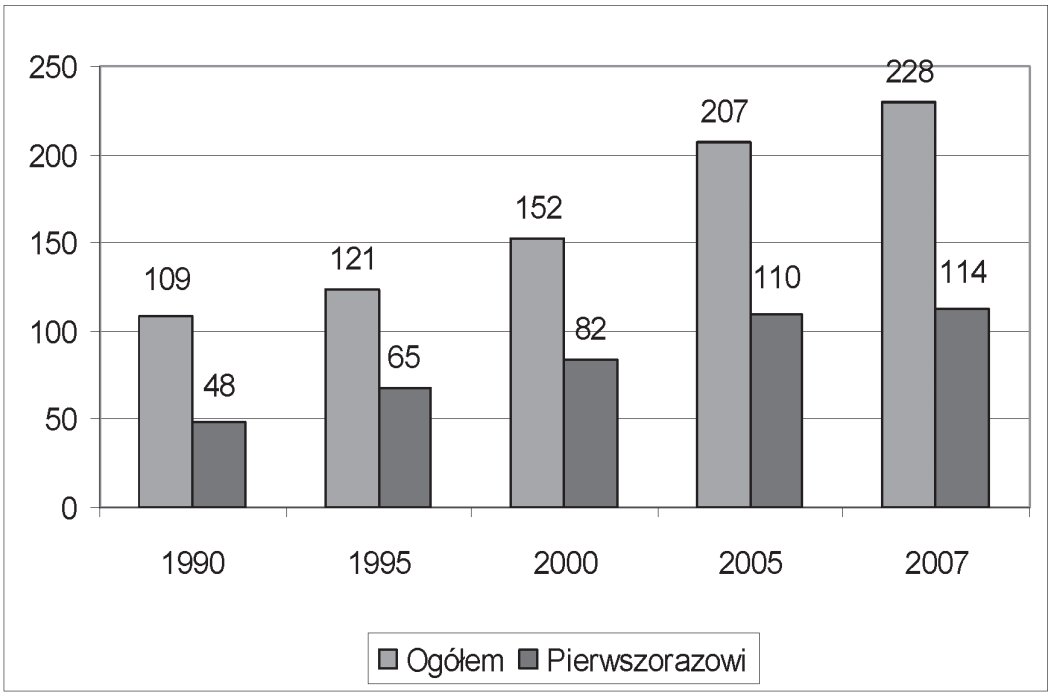
Rozpoznanie	Rok					Zmiana wsk. w % 1990/2007	Zmiana wsk. w % 2005/2007
	1990	1995	2000	2005	2007		
Ogółem — liczby bezwzględne	137911	141737	169511	204816	206697	↑ 50	↑ 1
Ogółem— wskaźniki	362	367	439	537	542		
Zaburzenia psychotyczne	181	174	223	250	239	↑ 32	↓ 4
Zaburzenia niepsychotyczne	62	63	54	69	64	↑ 3	↓ 7
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	100	109	130	175	196	↑ 96	↑ 12
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	9	12	22	32	32	↑ 256	↔ 0
Upośledzenie umysłowe	10	9	10	11	11	↑ 10	↔ 0

Zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej, przez 18 lat wskaźnik leczonych z powodu uzależnień, łącznie od alkoholu i substancji psychoaktywnych, sukcesywnie wzrasta. Co więcej, dynamika zapadalności jest wyższa niż dynamika rozpowszechnienia, co oznacza, że na wzrost wskaźnika rozpowszechnienia w znacznym stopniu wpływają rejestrowane nowe przypadki uzależnień niż powroty do leczenia pacjentów uprzednio już uzależnionych. W opiece ambulatoryjnej wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 105 % (z 279 do 571 na 100 tys. ludności), a wskaźnik zapadalności o 111 % (ze 108 do 228 na 100 tys.) (rys. 3). W opiece całodobowej wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 109 % (ze 109 do 228 na 100 tys.), a wskaźnik zapadalności o 138 % (z 48 do 114 na 100 tys.) (rys. 4).

Rys. 3. OPIEKA AMBULATORYJNA. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, między rokiem 1990 a 2007 (wskaźniki na 100 tys. ludności)



Rys. 4. OPIEKA STACJONARNA. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, między rokiem 1990 a 2007 (wskaźniki na 100 tys. ludności)

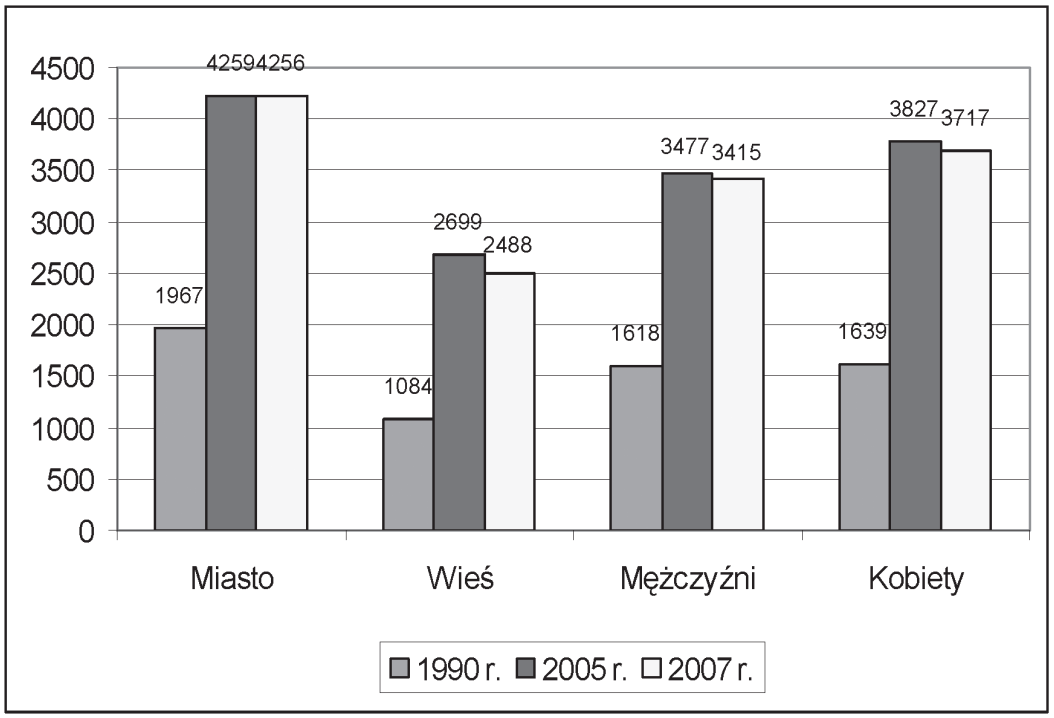


Jest istotne, że prawie 40 % hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych to hospitalizacje pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, z czego $^{3}/_{4}$ to mężczyźni.

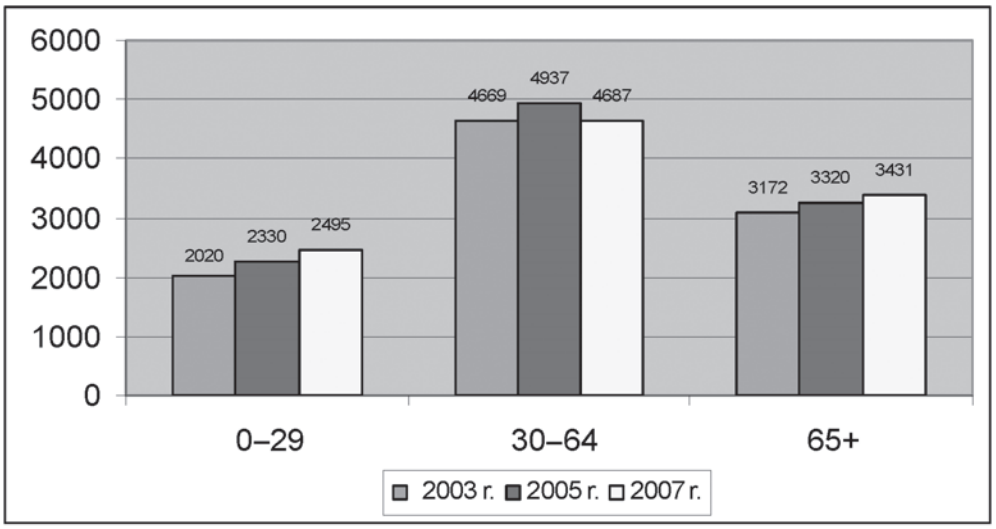
Zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej znaczącą większość pacjentów stanowią mieszkańcy miast; więcej leczy się mężczyzn niż kobiet (większa liczba leczonych mężczyzn z powodu uzależnień). Przeważająca grupa pacjentów to osoby w wieku 30—64 lat (rys. 5 i 6).

Rys. 5. OPIEKA AMBULATORYJNA. Struktura społeczno-demograficzna. Wskaźniki na 100 tys. ludności

5.a. Miejsce zamieszkania i płeć



5.b. Wiek



Do 2005 r. wskaźniki zaburzeń psychicznych rosły bardzo szybko bez względu na płeć, miejsce zamieszkania i wiek. Między rokiem 2005 i 2007 w opiece ambulatoryjnej wskaźnik leczonych mieszkańców miast pozostał na bardzo podobnym poziomie, a mieszkańców wsi — zmniejszył się o 8 %. Płeć różnicuje zjawisko w niewielkim stopniu — wskaźnik w populacji mężczyzn spadł o 2 %, a w populacji kobiet o 3 %, natomiast wiek ma istotny wpływ na występowanie zaburzeń psychicznych — spadek wskaźnika wystąpił jedynie we frakcji wieku 30—64 lat, wzrósł natomiast o 7 % w najmłodszej grupie wiekowej 0—29 lat i o 3 % w najstarszej — 65 lat i więcej.

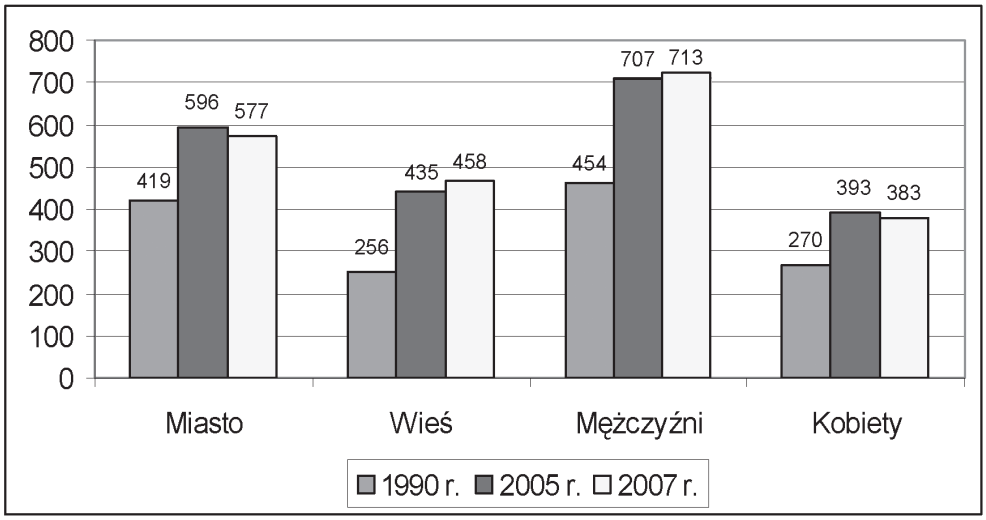
W opiece stacjonarnej wskaźnik zaburzeń psychicznych w populacji mieszkańców miast spadł o 3 %, natomiast wzrósł w populacji wiejskiej o 5 %; wśród mężczyzn utrzymał się na podobnym poziomie, a wśród kobiet spadł o 3 %. Podobnie zmniejszył się we frakcjach wieku 30—64 lat — o 3 % i 65 lat i więcej — o 2 %, wzrósł natomiast wyraźnie, o 10 %, w najmłodszej grupie wiekowej 0—29 lat.

W opiece ambulatoryjnej wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w grupie wieku 0—29 lat, między rokiem 2005 i 2007, spowodowany jest przede wszystkim wzrostem w najmłodszej frakcji wieku 0—18 lat, gdzie najwyraźniej wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu o 29 % (z 17 do 22 na 100 tys. tej populacji), zaburzeń rozwojowych o 27 % (ze 180 do 229 na 100 tys.) oraz zaburzeń zachowania i emocji o 5 % (z 522 do 546 na 100 tys.). W grupie 19—29 lat o 6 % wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (z 349 do 371 na 100 tys.).

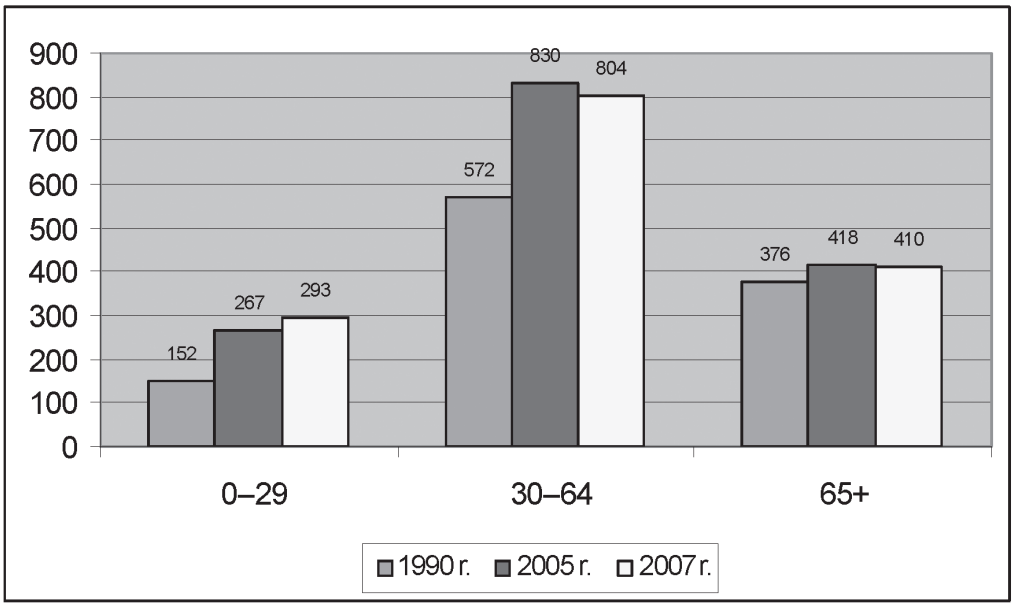
W opiece stacjonarnej wzrost wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w grupie wieku 0—29 lat jest również spowodowany wzrostem wskaźników w najmłodszej frakcji wieku 0—18 lat. Dotyczy to przede wszystkim wskaźnika zaburzeń nerwicowych (wzrost o 31 % z 13 do 17 na 100 tys.). W grupie wiekowej 19—29 lat najbardziej wzrósł (o 20 %) wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu — z 83 do 100 na 100 tys.

Rys. 6. OPIEKA STACJONARNA. Struktura społeczno-demograficzna. Wskaźniki na 100 tys. ludności

6.a. Miejsce zamieszkania i płeć



6.b. Wiek



Od roku 1990 wskaźniki wszystkich zaburzeń psychicznych bardzo szybko wzrastały (ponad dwukrotny wzrost wskaźnika w opiece ambulatoryjnej i 50 % w stacjonarnej). Niewielki spadek (2 %) w roku 2007 nie jest symptomem poprawy sytuacji.

Niepokojący jest sukcesywny wzrost zarówno zapadalności, jak i rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zwłaszcza w najmłodszej frakcji wieku.

Wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń rozwojowych i zaburzeń emocji w najmłodszej frakcji wieku może być związany z większą świadomością rodziców w dostrzeganiu nieprawidłowych zachowań dziecka, spowodowaną zapewne kampanią oświatową na ten temat w ostatnich latach.

Znaczny wzrost wskaźników zaburzeń psychicznych od 1990 r. spowodowany był zapewne zmianami ustrojowymi kraju, wymagającymi szybkiego dostosowania się do nowych warunków transformacyjnych. Od roku 1997 (10 rewizja ICD, od kiedy dane mogą być w pełni porównywalne na poziomie poszczególnych rozpoznań) wzrosły wszystkie kategorie rejestrowanych zaburzeń psychicznych, zarówno w opiece całodobowej, jak i ambulatoryjnej, w której zaburzenia organiczne wzrosły: schizofrenia o 39 %, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe o 31 %, zaburzenia afektywne dwukrotnie, zaburzenia nerwicowe o 54 %, upośledzenie umysłowe dwukrotnie, zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu o 43 %, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych od czterokrotnie do siedmiokrotnie, pozostałe zaburzenia psychiczne prawie dwukrotnie.

Tab. 3. Zróżnicowanie terytorialne hospitalizacji zaburzeń psychicznych (wskaźnik na 100 tys. populacji)

Województwo	Ogółem		Zaburzenia niezwiązane z uzależnieniami		Zaburzenia związane z używaniem alkoholu		Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolnośląskie	553,0	475,8	348,1	276,4	150,4	169,3	54,5	30,1
Kujawsko-pomorskie	452,6	444,1	312,7	277,1	116,4	140,5	23,5	26,5
Lubelskie	533,3	586,4	321,5	319,2	195,7	250,6	16,2	16,6
Lubuskie	782,1	830,8	501,0	502,1	202,1	226,6	79,0	102,1
Łódzkie	548,5	595,6	331,9	323,9	190,8	236,8	25,8	34,9
Małopolskie	394,3	412,4	276,4	253,3	109,6	135,3	8,3	23,8
Mazowieckie	511,7	546,9	324,2	318,5	136,0	186,2	51,5	42,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opolskie	521,8	692,4	365,7	472,9	135,6	192,9	20,5	26,6
Podkarpackie	435,8	507,3	283,1	311,1	143,1	190,3	9,6	5,9
Podlaskie	720,1	839,0	484,4	502,6	209,6	312,0	26,0	24,4
Pomorskie	487,0	544,9	331,2	331,4	128,4	171,3	27,4	42,2
Śląskie	435,0	538,9	274,5	307,6	139,0	200,5	21,5	30,8
Świętokrzyskie	576,8	568,0	378,2	316,7	187,8	243,5	10,8	7,8
Warmińsko--mazurskie	595,5	617,9	349,4	298,4	201,5	281,4	44,6	38,1
Wielkopolskie	518,1	539,2	360,8	326,2	135,2	183,8	22,1	29,2
Zachodniopomorskie	444,1	539,8	283,7	302,0	117,0	178,6	43,4	59,2
Ogółem	**507,2**	**549,7**	**328,8**	**320,9**	**148,6**	**196,4**	**29,9**	**32,4**

Rejestrowane rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń psychicznych w roku 2003 wynosiło 507,2 na 100 tys. populacji i przez 5 lat wzrosło o 8 % do 549,7.

Najwyższe wskaźniki hospitalizacji w 2003 r. wystąpiły w województwach: lubuskim, podlaskim, warmińsko--mazurskim i świętokrzyskim, najniższe w: małopolskim, śląskim, podkarpackim i zachodniopomorskim. W roku 2007 najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: podlaskie, lubuskie, opolskie i warmińsko--mazurskie, najniższe: małopolskie, kujawsko-pomorskie, dolnośląskie i podkarpackie.

Najwyższy wzrost wskaźników wystąpił w województwach: opolskim o 33 %, zachodniopomorskim o 26 % i śląskim o 24 %. Spadły natomiast wskaźniki w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim.

Wzrost wskaźnika hospitalizacji ogółu zaburzeń psychicznych wynika przede wszystkim ze wzrostu, w tych latach, zaburzeń spowodowanych uzależnieniami (zarówno od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych), wzrosły bowiem wskaźniki ich hospitalizacji, przy spadku wskaźnika zaburzeń niespowodowanych uzależnieniami, zarówno średniego dla całej Polski, jak i spadku wskaźników w 9 województwach.

Rozpowszechnienie hospitalizacji spowodowanych używaniem alkoholu wynosiło w 2003 r. 148,6 na 100 tys. ludności i do roku 2007 wzrosło o 32 %, do 196,4.

Najwyższe wskaźniki w 2003 r. charakteryzowały województwa: podlaskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie i lubelskie, najniższe: małopolskie, kujawsko-pomorskie i zachodniopomorskie. W roku 2007 najwyższe wskaźniki wystąpiły w województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i świętokrzyskim, najniższe — w małopolskim, kujawsko-pomorskim i dolnośląskim.

W ciągu 5 lat rozpowszechnienie tych zaburzeń wzrosło we wszystkich województwach, bardzo wysoka dynamika wzrostu wystąpiła w 5 województwach: zachodniopomorskim o 53 %, podlaskim o 49 %, śląskim o 44 %, opolskim o 42 %, warmińsko-mazurskim o 40 % i mazowieckim o 37 %.

Wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wynosił w 2003 r. 29,9 na 100 tys. populacji i do roku 2007 wzrósł o 8 %, do 32,4.

W 2003 r. najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: lubuskie, dolnośląskie, mazowieckie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie; najniższe: małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie i lubelskie. W roku 2007 najwyższe wskaźniki wystąpiły w województwach: lubuskim, zachodniopomorskim, mazowieckim i pomorskim; najniższe, tak samo jak w roku 2003, w: podkarpackim, świętokrzyskim i lubelskim.

Najwyższy wzrost wskaźnika wystąpił w województwie małopolskim o 187 % (prawie trzykrotnie wyższy), następnie w województwach: śląskim o 43 %, zachodniopomorskim o 36 %, łódzkim o 35 % i opolskim o 30 %. Spadły natomiast wskaźniki w województwach: dolnośląskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Tab. 4. Zróżnicowanie terytorialne zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej (wskaźnik na 100 tys. ludności)

Województwo	Ogółem		Zaburzenia niezwiązane z uzależnieniami		Zaburzenia związane z używaniem alkoholu		Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Dolnośląskie	3648,1	4033,3	3022,4	3378,6	516,6	527,6	109,1	127,1
Kujawsko-pomorskie	4607,0	4265,1	4104,5	3716,4	416,2	473,2	86,3	75,5
Lubelskie	3357,4	3668,0	2860,8	3151,4	390,7	449,0	105,9	67,6
Lubuskie	3849,6	3841,5	3788,7	3277,7	442,8	473,3	218,2	90,5
Łódzkie	3230,8	3294,0	2728,9	2648,3	436,5	580,3	65,4	65,4
Małopolskie	4151,5	3914,3	3765,4	3445,0	333,9	407,7	52,2	61,6
Mazowieckie	2737,2	3313,6	2284,0	2645,8	356,3	448,5	96,9	219,3
Opolskie	2381,3	2672,3	2062,3	2242,5	262,7	389,8	56,3	40,0
Podkarpackie	4348,7	3440,9	3923,6	2627,2	381,1	405,6	44,0	48,1
Podlaskie	2392,1	3192,6	1995,3	2633,9	372,2	523,4	24,6	35,3
Pomorskie	3715,3	4187,9	3216,8	3605,6	394,3	478,6	104,2	103,7
Śląskie	3322,3	3712,0	2767,1	3113,0	493,2	509,3	62,0	89,7
Świętokrzyskie	3204,1	4517,5	2597,4	3881,9	586,3	585,7	20,4	49,9
Warmińsko--mazurskie	2843,9	2963,6	2193,8	2200,7	556,7	700,3	93,4	62,6
Wielkopolskie	3276,3	3236,6	2779,9	2777,1	418,5	387,4	77,9	72,1
Zachodniopomorskie	2424,1	2453,8	1975,2	1975,0	372,6	398,0	76,3	80,8
Ogółem	**3375,8**	**3571,3**	**2876,9**	**3000,3**	**419,4**	**475,8**	**79,5**	**95,2**

Rozpowszechnienie ogółu zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej w Polsce w roku 2003 wynosiło 3375,8 na 100 tys. ludności i do roku 2007 wzrosło o 6 %, do 3571,3.

W 2003 r. najwyższe wskaźniki występowały w województwach: kujawsko-pomorskim, podkarpackim, małopolskim i wielkopolskim; najniższe w: opolskim, podlaskim i zachodniopomorskim. W roku 2007 najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie, pomorskie i dolnośląskie; najniższe: zachodniopomorskie, opolskie i warmińsko-mazurskie.

W ciągu 5 lat najwyższy wzrost wskaźników wystąpił w województwach: świętokrzyskim o 41 %, podlaskim o 33 % i mazowieckim o 21 %; spadły natomiast wskaźniki w województwach: kujawsko-pomorskim, podkarpackim, małopolskim i wielkopolskim.

Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w Polsce w roku 2003 wynosił 419,4 na 100 tys. ludności i do 2007 r. wzrósł o 13 %, do 475,8.

W 2003 r. najwyższe wskaźniki tych zaburzeń występowały w województwach: świętokrzyskim, warmińsko--mazurskim i dolnośląskim; najniższe w: opolskim, małopolskim i mazowieckim. Po 5 latach najwyższymi wskaźnikami zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu charakteryzowały się te same co w 2003 r. województwa: warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie i dolnośląskie oraz łódzkie i podlaskie, natomiast najniższe wskaźniki wystąpiły w województwach: wielkopolskim, opolskim i zachodniopomorskim.

Najwyższy wzrost wskaźników charakteryzuje województwa: opolskie o 48 %, podlaskie o 41 %, łódzkie o 33 %, warmińsko-mazurskie o 26 % i mazowieckie o 26 %, spadł natomiast wskaźnik w województwie wielkopolskim, a w świętokrzyskim utrzymał się na takim samym poziomie.

Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce w roku 2003 wynosił 79,5 na 100 tys. mieszkańców i do roku 2007 wzrósł o 20 %, do 95,2.

W 2003 r. najwyższe wskaźniki tych zaburzeń występowały w województwach: lubuskim, dolnośląskim, lubelskim i pomorskim; najniższe w: świętokrzyskim, podlaskim i podkarpackim. W roku 2007 najwyższe wskaźniki wystąpiły w województwach: mazowieckim, dolnośląskim, pomorskim i lubuskim; najniższe charakteryzowały te same województwa co w roku 2003.

Najwyższy wzrost wskaźnika wystąpił w województwach: mazowieckim (ponad dwukrotny — o 126 %), podobnie w województwie świętokrzyskim o 124 %, a następnie w śląskim o 45 % i podlaskim o 43 %. Spadły natomiast wskaźniki w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim.

Analiza danych statystycznych nie ujawnia wszystkich elementów i uwarunkowań obecnej sytuacji epidemiologicznej zaburzeń psychicznych, zwłaszcza uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Dokładna diagnoza tych zjawisk wymaga badań populacyjnych na reprezentatywnej próbie. Badania takie są bardzo kosztowne i dotąd w Polsce nie były prowadzone na dostatecznie szeroką skalę. Obecnie, dzięki funduszom z mechanizmów EEA, Instytut Psychiatrii i Neurologii rozpoczął realizację takich badań przy współpracy z Akademią Medyczną we Wrocławiu, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego — Państwowym Zakładem Higieny oraz Psykiatrisk Institutt Vinderen — Oslo University, Norwey. Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychicznych a dostęp do opieki — EZOP Polska" prowadzone jest przy zastosowaniu międzynarodowego kwestionariusza (Composite International Diagnostic Interview CIDI), umożliwiającego porównanie wyników z wynikami badań prowadzonych w innych krajach. Dzięki tym badaniom będzie można oszacować rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji mieszkańców Polski, ocenić dystans społeczny do zaburzeń psychicznych i ich leczenia, uzyskać wiedzę na temat społecznej oceny lecznictwa psychiatrycznego i oczekiwań w tym zakresie, a w konsekwencji inicjować długoterminowy proces monitorowania sytuacji epidemiologicznej i ewaluacji polityki wobec zdrowia psychicznego w Polsce, sformułować rekomendacje dotyczące poprawy rozlokowania placówek lecznictwa psychiatrycznego oraz dotyczące ograniczenia barier korzystania z pomocy placówek psychiatrycznych.

Badania te będą miały kluczowe znaczenie dla realizowania założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

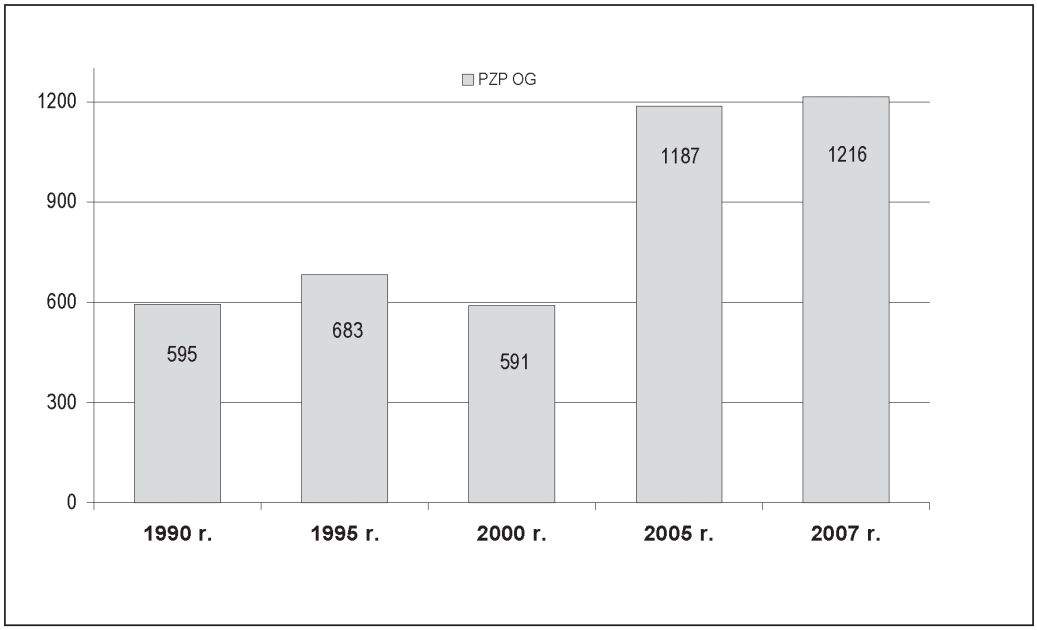
Zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej w latach 1990—2007

Tab. 5. Placówki psychiatrycznej pozaszpitalnej opieki środowiskowej w latach 1990—2007

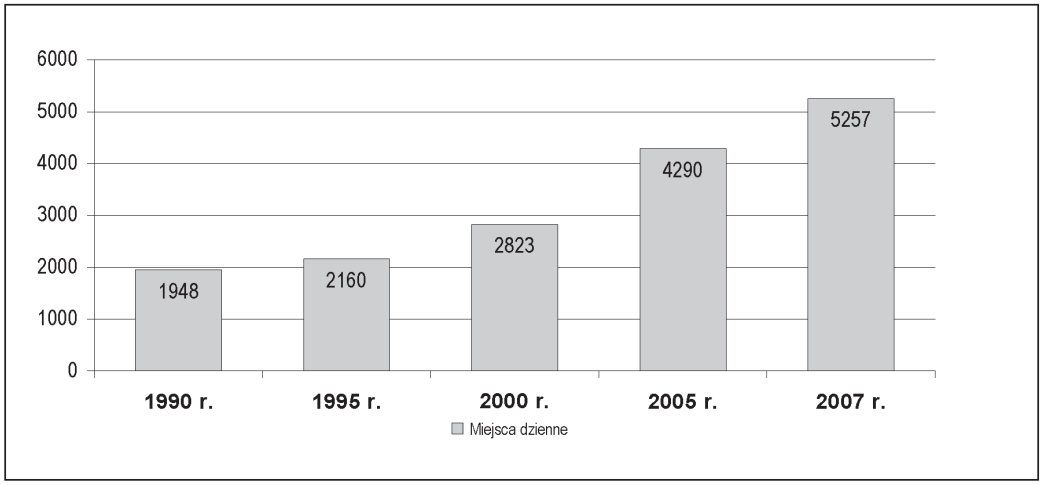
Placówki	**1990 r.**	**1995 r.**	**2000 r.**	**2005 r.**	**2007 r.**
1	2	3	4	5	6
Poradnie zdrowia psychicznego					
PZP + PZP dla dzieci i młodzieży	495	583	491	1187	1218
porady w tys.	2338,0	2797,4	3448,7	4659,6	4910,5
Poradnie dla uzależnionych					
— ***od alkoholu***	454	405	419	408	417
porady w tys.		806,7	1046,7	1253,2	1303,3
— ***od substancji psychoaktywnych***	28	34	34	89	102
porady w tys.	21,2	47,8	260,7	237,5	232,2
Zespoły opieki środowiskowej					
liczba zespołów	12	16	17	29	35
liczba osób leczonych	1206	1941	1833	3988	5192
Oddziały dzienne					
liczba placówek	76	99	132	203	240
liczba miejsc	1948	2160	2823	4290	5257

1	2	3	4	5	6
Hostele					
liczba placówek	7	9	7	12	12
średni stan dzienny (podopiecznych)	61	77	45	152	210

Rys. 7. Opieka ambulatoryjna — poradnie zdrowia psychicznego w latach 1990—2007



Rys. 8. Opieka dzienna — liczba miejsc w latach 1990—2007



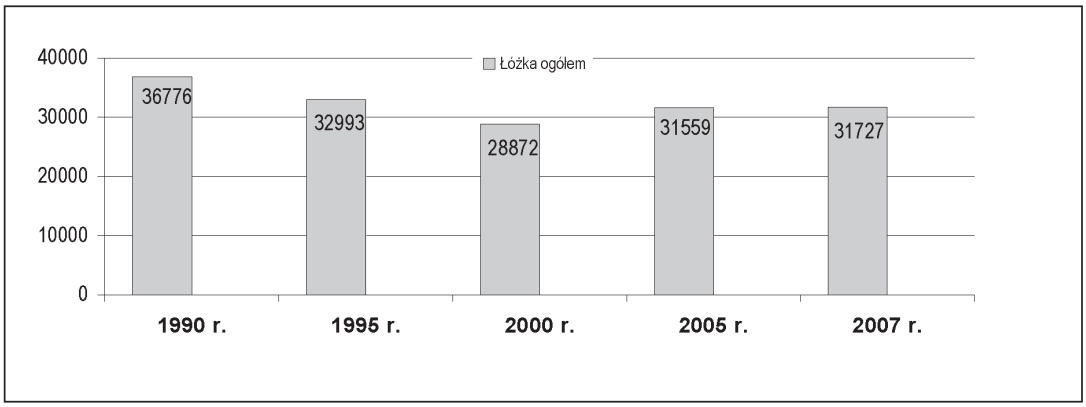
Tab. 6. Opieka stacjonarna — łóżka ogółem i w oddziałach psychiatrycznych (bez oddziałów dla uzależnionych) według rodzaju zakładu w latach 1990—2007

Rodzaj zakładu	**1990 r.**	**1995 r.**	**2000 r.**	**2005 r.**	**2007 r.**
1	2	3	4	5	6
Łóżka ogółem — liczby bezwzględne					
Ogółem	36776	32992	28872	31559	31727
Szpitale psychiatryczne	31863	27375	22455	19056	18944
Inne zakłady	4913	5617	6417	12503	12783

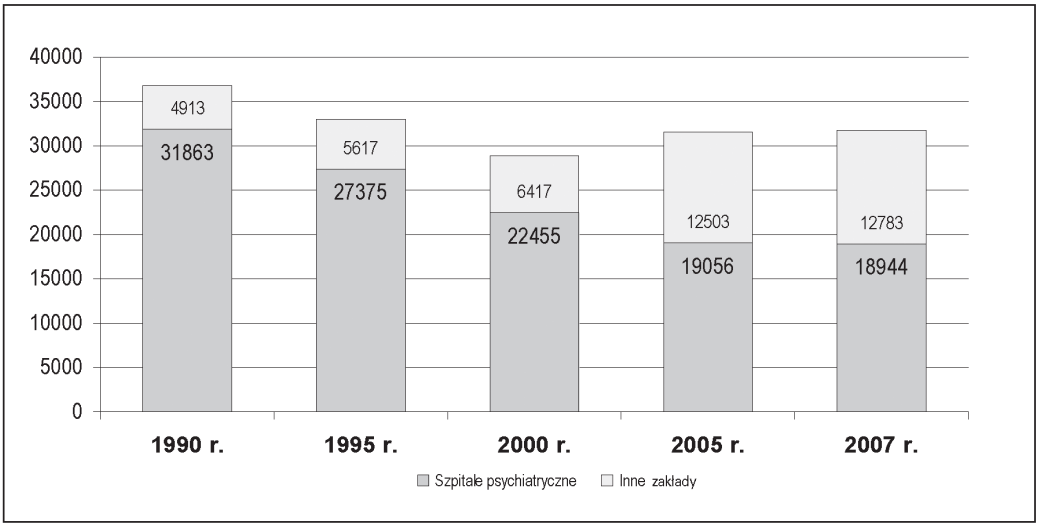
1	2	3	4	5	6
Łóżka ogółem — odsetki					
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Szpitale psychiatryczne	86,6	83,0	77,8	60,4	59,7
Inne zakłady	13,4	17,0	22,2	39,6	40,3
Łóżka w oddziałach psychiatrycznych — liczby bezwzględne					
Ogółem	32622	28387	24141	21490	20888
Szpitale psychiatryczne	29274	24780	20065	16326	15785
Inne zakłady*	3348	3607	4076	5164	5103
Łóżka w oddziałach psychiatrycznych — odsetki					
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Szpitale psychiatryczne	89,7	87,3	83,1	76,0	75,6
Inne zakłady*	10,3	12,7	16,9	24,0	24,4

* Szpitale ogólne i inne specjalistyczne niepsychiatryczne.

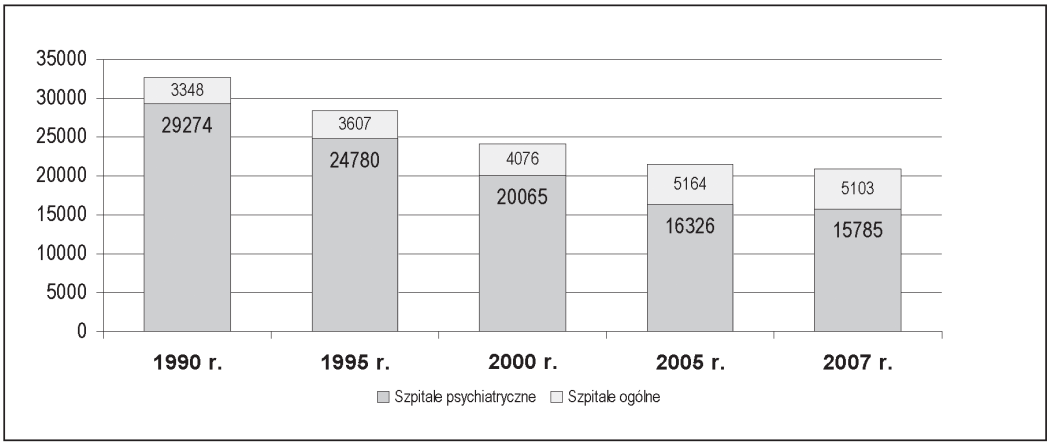
Rys. 9. Opieka stacjonarna — łóżka ogółem w latach 1990—2007



Rys. 10. Opieka stacjonarna — łóżka w szpitalach psychiatrycznych oraz innych zakładach w latach 1990—2007



Rys. 11. Opieka stacjonarna — łóżka w oddziałach psychiatrycznych (także dziecięcych, sądowych i opiekuńczych) szpitali psychiatrycznych oraz szpitali ogólnych w latach 1990—2007

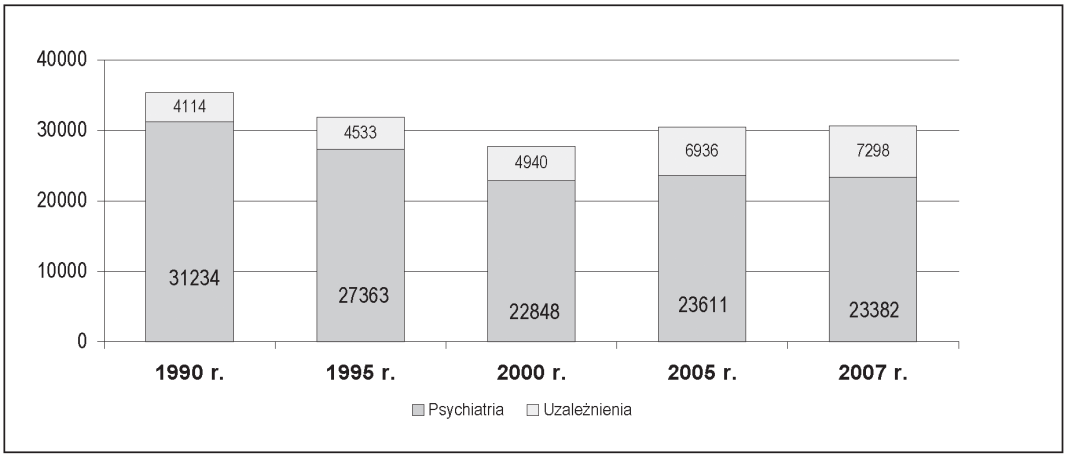


Tab. 7. Opieka stacjonarna — łóżka według rodzaju oddziału w latach 1990—2007

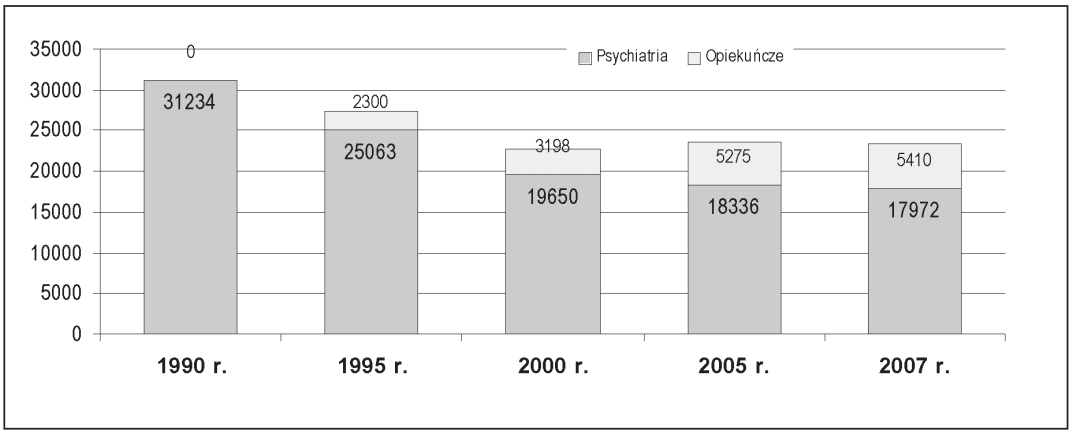
Rodzaj oddziału	1990 r.	1995 r.	2000 r.	2005 r.	2007 r.
Łóżka — liczby bezwzględne					
OGÓŁEM	36776	32992	28872	31559	31727
psychiatryczne dla dorosłych	31234	25063	19650	18336	17972
opiekuńcze*	—	2300	3198	5275	5410
dla uzależnionych	4114	4533	4940	6936	7298
dla dzieci i młodzieży	1428	1096	1084	1012	1047
Wskaźniki na 10 tys. mieszkańców					
OGÓŁEM	9,6	8,5	7,5	8,3	8,3
psychiatryczne dla dorosłych	8,2	6,5	5,1	4,8	4,7
opiekuńcze*	—	0,6	0,8	1,4	1,4
dla uzależnionych	1,1	1,2	1,3	1,8	1,9
dla dzieci i młodzieży	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Odsetki					
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
psychiatryczne dla dorosłych	84,9	76,0	68,1	58,1	56,6
opiekuńcze*	—	7,0	11,1	16,7	17,1
dla uzależnionych	11,2	13,7	17,1	22,0	23,0
dla dzieci i młodzieży	3,9	3,3	3,8	3,2	3,3

* Łącznie z łóżkami w oddziałach dla przewlekle chorych.

Rys. 12. Opieka stacjonarna — łóżka w oddziałach dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (także w opiekuńczych) i dla uzależnionych w latach 1990—2007



Rys. 13. Opieka stacjonarna — łóżka dla dorosłych: psychiatryczne i opiekuńcze w latach 1990—2007



Pozaszpitalne formy opieki środowiskowej

W latach 1990—2000 w opiece ambulatoryjnej nie stwierdzono znaczących zmian w liczbie placówek. Po roku 2000 nastąpił ponad dwukrotny wzrost (z 491 do 1218) liczby poradni zdrowia psychicznego, co znacząco poprawiło terytorialną dostępność tej formy opieki.

Jednak nadal co trzecia poradnia funkcjonuje 1—3 dni tygodniowo, a w ok. 40 powiatach nie zorganizowano dotychczas stałych poradni zdrowia psychicznego. Większość poradni działa w ramach niepublicznych zakładów opieki (ponad 60 %).

W końcu 2007 r. w całym kraju działało 1218 poradni zdrowia psychicznego, w tym 172 dla dzieci i młodzieży, które łącznie udzieliły ponad 4,9 mln porad.

Od roku 1995 utrzymuje się w zasadzie stała (405—419) liczba poradni odwykowych, w których zwraca uwagę rosnąca liczba i bogatsza oferta udzielanych świadczeń (w 2007 r. — 1,3 mln porad; 253 tys. objętych psychoterapią indywidualną bądź grupową).

Po roku 2000 nastąpił ponad trzykrotny wzrost liczby poradni dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (z 34 do 102), przy czym świadczenia w formie porad utrzymują się w tym okresie na zbliżonym poziomie 230—260 tys.

We wszystkich placówkach ambulatoryjnych odnotowuje się w ostatnich latach istotne zwiększenie liczby świadczeń z zakresu psychoterapii.

W 2007 r. funkcjonowało 240 oddziałów dziennych, tj. trzykrotnie więcej niż w 1990 r. Stosunkowo duże tempo ich wzrostu zarejestrowano po roku 2000. W 2007 r. 37 oddziałów funkcjonowało w strukturze NZOZ.

Zespoły leczenia środowiskowego oraz hostele należą do tych form opieki, których liczbę można w stosunku do potrzeb ocenić jako znikomą; ich pacjenci stanowią niecały procent wszystkich leczonych.

Opieka stacjonarna

W 2007 r. osobom z zaburzeniami psychicznymi udzielano całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakładach dysponujących łącznie 31,7 tys. łóżkami. W okresie 1990—2007 nastąpiła bezwzględna redukcja szpitalnej bazy łóżkowej w szpitalach psychiatrycznych o 13 tys. łóżek (z 31,9 tys. do 18,9 tys.), w których średni roczny czas leczenia skrócił się z 66 dni w 1990 r. do 35 dni w roku 2007. Obecnie nadal 60 % lecznictwa stacjonarnego zlokalizowana jest w 54 szpitalach psychiatrycznych (łącznie z regionalnymi ośrodkami psychiatrii sądowej — ROPS). Oznacza to duży spadek w porównaniu z rokiem 1990, kiedy blisko 87 % łóżek znajdowało się w strukturach organizacyjnych szpitali psychiatrycznych.

Zmniejszaniu się liczby szpitali psychiatrycznych towarzyszył szczególnie pożądany, ale zbyt powolny proces powstawania oddziałów psychiatrycznych w strukturach zakładów niepsychiatrycznych, głównie szpitali ogólnych. W 1990 r. oddziały takie, z 3,3 tys. łóżek, funkcjonowały w 43 zakładach, podczas gdy w 2007 r. z 5,1 tys. łóżek — w 88 zakładach.

Na przestrzeni lat 1990—2007 w strukturze bazy łóżkowej, określonej specjalistycznym profilem, odnotowano duże zmiany. Wzrastał (z 11 % do 23 %) udział bazy łóżkowej dla uzależnionych oraz łóżek o profilu opiekuńczym. Wzrost tej ostatniej kategorii łóżek był przede wszystkim efektem procesów restrukturyzacyjnych przeprowadzanych w dużych szpitalach psychiatrycznych. Malał natomiast (z 85 % do 57 %) udział łóżek psychiatrycznych przewidzianych dla dorosłej populacji z zaburzeniami psychicznymi.

Ogólne obliczone dla kraju wskaźniki dostępności opieki stacjonarnej nie odbiegają znacząco od wskaźników przyjętych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego jako docelowe. Zasadniczy problem polega na nierównomiernej lokalizacji placówek psychiatrycznych w poszczególnych województwach oraz na zbyt dużej koncentracji bazy łóżkowej w szpitalach psychiatrycznych.

II. Cele i zadania Programu — szczegółowy wykaz zadań przyporządkowany celom ogólnym i szczegółowym według podmiotów realizujących

ZESTAWIENIE CELÓW OGÓLNYCH I SZCZEGÓŁOWYCH

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cele szczegółowe:

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

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Cel główny 2:

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

Cele szczegółowe:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cele szczegółowe:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

3.2. promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego

3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej

3.4. ocena skuteczności realizacji Programu

Minister właściwy do spraw zdrowia

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych)
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych)
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.2. realizacja programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

1.2.3. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.4. realizacja programu zapobiegania samobójstwom
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: zmiana rocznych wskaźników samobójstw dokonanych i prób samobójczych /100 tys. ludności — z uwzględnieniem płci, wieku, województwa, odsetek populacji objętej programem/rok

1.2.5. opracowanie programu zapobiegania depresji
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.6. realizacja programu zapobiegania depresji
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: zmiana rocznych wskaźników/100 tys. ludności: zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych zarejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym i stacjonarnym — z uwzględnieniem płci, wieku, województwa, odsetek populacji objętej programem/rok

1.2.7. opracowanie programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych:
— u dzieci i młodzieży,
— w populacji osób dorosłych,
— w populacji osób starszych,
ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek środowiskowych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.2.8. realizacja programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych:
— u dzieci i młodzieży,
— w populacji osób dorosłych,
— w populacji osób starszych,
ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek środowiskowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów/rok

1.3.2. przygotowanie i wdrożenie projektu monitorowania przestrzegania praw osobowych i obywatelskich osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym pacjentów placówek psychiatrycznych
termin realizacji: od 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument, okresowe oceny przestrzegania praw

1.3.3. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian

1.3.4. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian w celu przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych uzupełnień i zmian

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: opracowany program określający coroczną wysokość środków przeznaczanych na ten cel oraz zasady ich alokacji

2.1.2. realizacja programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: wysokość nakładów na program, liczba realizatorów programu

2.1.3. przygotowanie pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.1.4. realizacja pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników
termin realizacji: od 07.2011 do 07.2012
wskaźnik monitorujący: wyniki ekspertyz — ekonomicznej, organizacyjnej, zdrowotnej

2.1.5. monitorowanie procesu zwiększenia dostępności i zmniejszenie nierówności w dostępie do zróżnicowanych form opieki zdrowotnej — zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: roczne wskaźniki na 10 tys. ludności dostępności: liczba łóżek i miejsca w oddziałach dziennych; liczba zespołów leczenia środowiskowego i osób objętych ich opieką; liczba innego typu placówek opieki środowiskowej — w skali kraju i poszczególnych województw

2.1.6. opracowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane projekty rozporządzeń

2.1.7. ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zawodów, program szkolenia

2.1.8. wdrożenie szkolenia kadr o zróżnicowanych kompetencjach, niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej — na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym z uwzględnieniem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek kadr objętych szkoleniem/rok

2.1.9. określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zadań

2.1.10. wprowadzenie do szkolenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 06.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zmian w programach

Cel szczegółowy:

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

2.4.1. stworzenie struktury koordynującej realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
— opracowania i publikowania rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz materiałów szkoleniowych,
— monitorowania i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
— opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu,
— analiza rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument powołujący

2.4.2. opracowanie koncepcji centralnej placówki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja)
termin realizacji: do 12.2014
wskaźnik monitorujący: przygotowany akt powołania, statut

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. wspieranie i prowadzenie badań naukowych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: liczba realizowanych projektów/rok

3.1.2. opracowanie programu okresowych, reprezentatywnych badań stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

3.1.3. realizacja programu okresowych badań stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej
termin realizacji: realizacja okresowa od 01.2012 (nie rzadziej niż co 5 lat)
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej

Zadania:

3.3.1. opracowanie i wdrożenie zintegrowanego systemu elektronicznego zbierania danych z placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: uruchomienie systemu

Cel szczegółowy:

3.4. ocena skuteczności realizacji Programu

Zadania:

3.4.1. wdrożenie programu badawczego oceniającego skuteczność realizacji Programu
termin realizacji: od 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany raport i stopień poprawy wskaźników zdrowotnych

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego
termin realizacji: wdrażanie od 09.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy; odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży
termin realizacji: do 08.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.2. realizacja programu zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok; częstość samobójstw i prób samobójczych

1.2.3. opracowanie programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży
termin realizacji: do 08.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.4. realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: od 09.2011
wskaźnik monitorujący: środowiska objęte kampaniami; ocena odbioru społecznego

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty
termin realizacji: do 08.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.4.2. realizacja programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw pracy

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy — np. mobbing)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy — np. mobbing)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. przegląd obowiązujących regulacji prawnych pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian

1.3.2. wprowadzenie do obowiązujących regulacji prawnych zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy
termin realizacji: do 12.2014
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

2.2.1. przegląd regulacji prawnych dotyczących pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi pod kątem ułatwienia współpracy ze środowiskowo zorientowaną psychiatryczną opieką zdrowotną
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany tekst ekspertyzy

2.2.2. przygotowanie programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.2.3. monitorowanie realizacji programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających z różnych form pomocy w skali kraju i poszczególnych województw/rok

Cel szczegółowy:

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

2.3.1. przegląd regulacji prawnych i wprowadzenie rozwiązań koniecznych do rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian

2.3.2. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych poszczególnymi formami działalności/rok

2.3.3. prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba kampanii/rok

Minister właściwy do spraw nauki i szkolnictwa wyższego

Cel główny 1:

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.2. promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego

Zadania:

3.2.1. uwzględnienie ochrony zdrowia psychicznego w priorytetach Krajowego Programu Badań
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

Minister Sprawiedliwości

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane dokumenty

1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

1.2.2. realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźniki monitorujące: zmiana rocznych wskaźników zarejestrowanych zaburzeń depresyjnych, samobójstw dokonanych i prób samobójczych w populacji osadzonych oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, odsetek populacji objętej programem/rok

1.2.3. *opracowanie programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

1.2.4. *realizacja programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej*
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. *przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian

1.3.2. *wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu*
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian

1.3.3. *opracowanie programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.3.4. *realizacja programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu*
termin realizacji: od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. *opracowanie programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.4.2. *szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu

1.4.3. *realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu*
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych programem/rok

1.4.4. *opracowanie programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.4.5. *realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej*
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. zapewnienie osobom przebywającym w instytucjach wymiaru sprawiedliwości pełnego dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: odsetek ośrodków z pełnym dostępem do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego; liczba psychiatrów/psychologów pracujących na rzecz ośrodka

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. przeprowadzenie badań populacji osób przebywających w zakładach karnych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowany raport

Minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw administracji publicznej

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programu promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.1.3. realizacja programu promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

1.2.2. realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. opracowanie programu szkoleń dla pracowników podległych służb, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.3.2. realizacja programu szkoleń dla pracowników podległych służb, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.4.2. szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: od 06.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu

1.4.3. realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych programem/rok

1.4.4. opracowanie programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy służb mundurowych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.4.5. realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy służb mundurowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.1.2. realizacja programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przystosowanych placówek

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. podjęcie badań populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok

Minister Obrony Narodowej

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach (np. programy szkolenia dla kadry dowódczej, programy profilaktyczne dla żołnierzy powracających z misji zagranicznych)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach (np. programy szkolenia dla kadry dowódczej, programy profilaktyczne dla żołnierzy powracających z misji zagranicznych)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju w populacji żołnierzy
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.2. realizacja programów zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju w populacji żołnierzy
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźniki monitorujące: zmiana rocznych wskaźników zarejestrowanych zaburzeń depresyjnych, samobójstw dokonanych i prób samobójczych w populacji żołnierzy, odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.4.2. szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu/rok

1.4.3. realizacja programu pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.1.2. realizacja programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek dostosowanych placówek

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. podjęcie badań populacji żołnierzy, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przebadanej populacji

Narodowy Fundusz Zdrowia

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie i wdrażanie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki i promującego jego rozwój
termin realizacji: od 06.2011
wskaźnik monitorujący: zmiany w zarządzeniu Prezesa NFZ

2.1.2. zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień stosownie do potrzeb i rozwoju świadczeń zdrowotnych
termin realizacji: realizacja stopniowa od 01.2012
wskaźnik monitorujący: nakłady na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kolejnych latach, wysokość nakładów na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej *per capita*

2.1.3. przygotowanie projektu finansowania świadczeń do pilotażowego programu wdrożenia modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach
termin realizacji: do 09.2011
wskaźniki monitorujące: wyniki ekspertyz — organizacyjnej, ekonomicznej, zdrowotnej

Samorządy województw

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze województwa
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie regionalnych programów promocji zdrowia
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.1.3. realizacja regionalnych programów promocji zdrowia
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. opracowanie programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.3.2. realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. prowadzenie działań (np. kampanie informacyjne, publikacja przewodników) informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów/rok

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie (z uwzględnieniem programów powiatowych) wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem:
— leczenia ambulatoryjnego,
— leczenia w zespołach środowiskowych,
— leczenia w oddziałach dziennych,
— leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,
dla dzieci, młodzieży i dorosłych — zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie

2.1.3. uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie, z uwzględnieniem ich podległości organizacyjnej (organ założycielski)
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: odsetek powiatów w uzgodnionej sieci centrów zdrowia psychicznego

2.1.4. opracowanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: opracowany dokument

2.1.5. wdrażanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych
termin realizacji: do 12.2015
wskaźnik monitorujący: odsetek przekształconych jednostek

Cel szczegółowy:

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

2.2.1. opracowanie wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.2.2. realizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających z poszczególnych form pomocy w województwie i poszczególnych powiatach/rok

2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok, wysokość środków przekazanych organizacjom pozarządowym/rok

2.2.4. współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów wymagających działania ciągłego/rok

Cel szczegółowy:

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

2.3.1. opracowanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.3.2. realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem/rok

2.3.3. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych różnymi formami działalności

2.3.4. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów i pracodawców objętych oddziaływaniem/rok

Cel szczegółowy:

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

2.4.1. powołanie wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację Programu z zadaniami:
— opracowania regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniającego programy powiatowe oraz potrzeby ludności województwa w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej,

— realizacji, koordynowania i monitorowania Programu
Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu województwa, wojewody, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych, oddziału wojewódzkiego NFZ. Zarząd województwa zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: dokument powołujący

2.4.2. opracowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniającego w szczególności harmonogram realizacji działań: 1.1.3, 1.3.2, 1.4.1, 2.1.2, 2.1.5, 2.2.2, 2.3.2, 2.3.3 i 2.3.4
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: dokument programu

2.4.3. realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: roczne sprawozdanie

2.4.4. przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 12.2011
wskaźnik monitorujący: publikacja

Samorządy powiatów i gmin

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

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

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego
termin realizacji: do 06.2011
wskaźniki monitorujące: przygotowane programy

1.1.3. realizacja lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

1.2.2. realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. przygotowanie lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźniki monitorujące: przygotowane programy

1.3.2. realizacja lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. tworzenie lokalnych ośrodków pomocy kryzysowej oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: liczba utworzonych ośrodków

Cel główny 2:

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

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego:
— leczenia ambulatoryjnego,
— leczenia w zespołach środowiskowych,
— leczenia w oddziałach dziennych,
— leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,
dla dzieci, młodzieży i dorosłych — zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia,
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie/rok

2.1.3. integrowanie działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową (stacjonarną i niestacjonarną) opiekę w zakresie zdrowia psychicznego — modelowe zasady organizacji i funkcjonowania centrum zawiera załącznik B do niniejszego harmonogramu
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: schemat struktury organizacyjnej działającego centrum, liczba utworzonych centrów, populacja objęta opieką centrum w odniesieniu do ogółu populacji jednostki samorządu terytorialnego

Cel szczegółowy:

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

2.2.1. opracowanie lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.2.2. realizacja lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: wzrost liczby osób korzystających z poszczególnych form pomocy i oparcia społecznego/rok

2.2.3. *wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok

2.2.4. *zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom pozarządowym realizującym takie formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów wymagających działania ciągłego

2.2.5. *zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: % udziału wydatków na pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w ogólnych wydatkach PCPR

Cel szczegółowy:

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

2.3.1. *opracowanie lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.3.2. *realizacja lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem

2.3.3. *zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych różnymi formami działalności/rok

2.3.4. *przygotowanie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: program kampanii

2.3.5. *prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której adresowana jest kampania, objętej programem/rok

2.3.6. *zwiększenie udziału zagadnień zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących zatrudnienie na skutek działań PUP/rok

Cel szczegółowy:

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

2.4.1. *powołanie lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu z zadaniami:*
— *opracowania regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, potrzeby ludności powiatu lub gminy w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej,*
— *realizacji, koordynowania i monitorowania Programu.*
Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych. Zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: dokument powołujący

2.4.2. *opracowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy harmonogram, uwzględniającego w szczególności harmonogram realizacji działań: 1.1.3, 1.2.2, 1.3.2, 1.4.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.2.2, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5 i 2.3.6*
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.4.3. *realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego*
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

2.4.4. *przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi*
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: publikacja

III. Zalecane nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (w mln zł)

Podmiot	Przeznaczenie środków	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	Razem lata 2011—2015
Minister Zdrowia	profilaktyka i promocja	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	8
	koordynacja	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	4
	systemy informacji	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	18
	inwestycje	2	2	2	2	2	10
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego	badania naukowe	zgodnie z przepisami regulującymi finansowanie badań naukowych					
	profilaktyka i promocja	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,5
	inwestycje	według uzasadnionych potrzeb uprawnionych instytucji					
Minister Sprawiedliwości	zwiększenie dostępności świadczeń	1,97	2,34	2,23	2,23	2,23	11
	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
	inwestycje	5	10	10	10	5	40
Minister Obrony Narodowej	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
	inwestycje	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	1,25
Minister Edukacji Narodowej	profilaktyka i promocja	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4	1,5
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	profilaktyka i promocja	2,2	2,4	2,6	2,8	3	13
	inwestycje	—	0,5	0,5	—	—	1
Minister Pracy i Polityki Społecznej	profilaktyka i promocja	3	3	3	3	3	15
	inwestycje	15	50	50	50	50	215
Razem budżet państwa*)		**37,32**	**78,49**	**78,78**	**78,48**	**73,68**	**346,75**
Jednostki samorządu terytorialnego (JST)**)	zwiększenie dostępności świadczeń — zmiany organizacyjne, tworzenie centrów zdrowia psychicznego	46,9	46,9	46,9	46,9	46,9	234,5
	profilaktyka i promocja	6	6	6	6	6	30
Razem budżet państwa i JST*)		**90,22**	**131,39**	**131,68**	**131,38**	**126,58**	**611,25**
Narodowy Fundusz Zdrowia	świadczenia zdrowotne	0	66	132	198	264	660
Razem wydatki na NPOZP*)		**90,22**	**197,39**	**263,68**	**329,38**	**390,58**	**1271,25**

*) Bez nakładów na badania naukowe i inwestycje w resorcie nauki.
**) Przedstawione nakłady JST są wielkością szacunkową.

Załącznik nr 2

ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

I. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Minimalna dostępność placówek

A. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	**Minimalny wskaźnik lub liczba placówek**	**Uwagi**
CZP dla dorosłych	1 CZP/50—200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50—200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb

B. Placówki dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	**Minimalny wskaźnik lub liczba placówek**	**Uwagi**
Poradnia	1 poradnia/50 tys. mieszkańców	czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta
Oddziały dzienne	3 miejsca/10 tys. mieszkańców	co najmniej 1 w mieście powyżej 70 tys. mieszkańców
Zespoły środowiskowe	1 zespół/50 tys. mieszkańców	1—3 wizyt tygodniowo
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	1 zespół w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców	
Oddziały psychiatryczne szpitalne	4 łóżka/10 tys. mieszkańców równomiernie jak najbliżej, w miastach/dzielnicach miast powyżej 80 tys. mieszkańców; optymalnie: w szpitalach ogólnych	maksymalnie 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym; przekształcenia w większych szpitalach
Hostel	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	
Oddziały opiekuńcze (ZPO, ZOL)	1—2 łóżka/10 tys. mieszkańców	

C. Placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	**Minimalny wskaźnik lub liczba placówek**	**Uwagi**
Poradnia	1 poradnia/powiat lub kilka powiatów (150 tys. mieszkańców)	czynna codziennie
Oddziały dzienne	1 miejsce/10 tys. mieszkańców	
Zespoły środowiskowe	1 zespół/150 tys. mieszkańców	1—3 wizyt tygodniowo
Oddziały szpitalne	0,4 łóżka/10 tys. mieszkańców	równomiernie
Hostel	1 hostel (20 miejsc)/województwo	
Poradnia pomocy rodzinie	1 poradnia/województwo	

D. 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 (około 50 tys. mieszkańców)	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział (20 miejsc) w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców)	
Oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2—0,3 łóżka/10 tys. mieszkańców	
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	1,2 łóżka/10 tys. mieszkańców	
Hostele	1 hostel (20 miejsc)/województwo	

E. 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. mieszkańców — 1 przychodnia; 70—100 tys. mieszkańców — 2 przychodnie; powyżej 100 tys. mieszkańców — 3 przychodnie	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie; w tym ośrodki interwencji kryzysowej
Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/ województwo	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/łóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców	w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe; z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	
Program leczenia substytucyjnego	w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego	

II. Zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach 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	10000
Terapeuci zajęciowi*	8,0	3200	560
Psychoterapeuci z certyfikatem	2,0	800	500
Certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5,0	2000	1400

* Docelowo do realizacji zadań terapeutów zajęciowych należy włączyć terapeutów środowiskowych (zaburzeń psychicznych) o szerszych i bardziej wszechstronnych kompetencjach przydatnych w sprawowaniu zadań opiekuńczych oraz wspomaganiu różnych form terapii w opiece środowiskowej i stacjonarnej.

III. Zarys modelu CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP)

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 centrum zdrowia psychicznego wynika:
   1) ze zróżnicowania świadczeń zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły;
   2) z koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym chorym;
   3) z dostosowania struktury organizacyjnej do lokalnych potrzeb.
3. CZP tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500 osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej około 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy).
4. CZP udziela:
   1) czynnej opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) chorym z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłej opieki i leczenia, związanym z CZP terytorialnie (możliwość dojazdu i kontaktu) oraz społecznie (społeczność lokalna);
   2) opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) innym chorym z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
   3) opieki krótkoterminowej (do 60 dni) — chorym z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
   4) pomocy konsultacyjnej (porady jednorazowe lub opieka do 7 dni) — innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub krótkotrwałej terapii;
   5) opieki szpitalnej — w niezbędnym zakresie.

Struktura

1. Centrum zdrowia psychicznego składa się co najmniej z:
   1) zespołu ambulatoryjnego — *zadania*: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarskie, interwencje socjalne;
   2) zespołu środowiskowego — *zadania*: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
   3) zespołu dziennego — *zadania*: częściowa hospitalizacja;
   4) zespołu szpitalnego — *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 zdrowia psychicznego.
2. W zależności od miejscowych potrzeb i zasobów:
   1) opieka nad dziećmi i młodzieżą mogłaby funkcjonować równolegle, niezależnie (centra zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży) lub w ramach jednego ośrodka (zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);
   2) 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 działaniami i 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 powinny być określone w regionalnych planach ochrony zdrowia psychicznego, zgodnie ze wskaźnikami Programu.
4. Należy rozważyć możliwość finansowania zadań centrów zdrowia psychicznego według stawki kapitacyjnej, analogicznie i równolegle do działalności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.