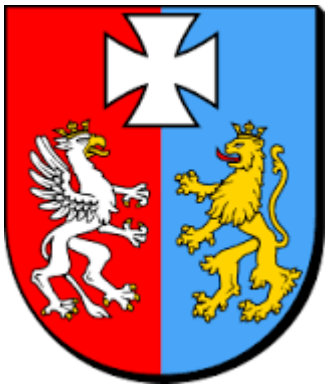
# URZĄD MARSZAŁKOWSKI
# WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO



**PODKARPACKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

**NA LATA 2017– 2022**

**(aktualizacja)**

Rzeszów 2020

## Spis treści

**Wprowadzenie** ... 3

**Rozdział 1. Dokumenty strategiczne i podstawy prawne w opiece psychiatrycznej** ... 4

**1.1. Podstawy formalno-prawne programu** ... 4

**1.2.Podział zaburzeń psychicznych według ICD-10** ... 11

**Rozdział 2. Demografia i stan zdrowia w województwie podkarpackim.** ... 12

**2.1.Dane demograficzne.** ... 12

**2.2.Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych w województwie podkarpackim.** ... 13

**2.3. Uczniowie i uczennice ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi** ... 25

**2.4. Samobójstwa w statystykach Policji.** ... 27

**Rozdział 3. Baza ochrony zdrowia w psychiatrii w województwie podkarpackim** ... 29

**3.1.Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim w kontekście potrzeb zdrowotnych.** ... 29

**3.2.Zasoby kadrowe w opiece psychiatrycznej** ... 32

**3.3. Zasoby pomocy społecznej** ... 33

**3.4. Zasoby aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi** ... 39

**3.5.Analiza kosztów opieki psychiatrycznej.** ... 41

**Rozdział 4. Podkarpacki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego** ... 45

**4.1.Cele oraz sposób realizacji Programu** ... 45

**4.2. Ocena funkcjonowania opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim** ... 49

**4.3 Kierunku rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego w województwie podkarpackim – założenia i cele** ... 49

**4.4. Program zwiększenia dostępności do środowiskowej opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim** ... 50

**4.5. Plan przekształceń stacjonarnej opieki psychiatrycznej** ... 51

**4.6.Plan rozwoju opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży** ... 52

**4.7. Plan umiejscowienia CZP w województwie podkarpackim** ... 53

**4.8. Mapa potrzeb stacjonarnej opieki psychiatrycznej.** ... 57

**4.9. Plan zwiększenia zasobów kadrowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej** ... 58

**4.10. Kierunki zmian w opiece psychiatrycznej** ... 59

**4.11.Plan koordynowania i monitorowania wojewódzkiegoprogramuochrony zdrowia psychicznego.** ... 60

**Bibliografia** ... 61

## Wprowadzenie

Podkarpacki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 jest aktualizacją poprzedniej edycji Podkarpackiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2016 sporządzonej na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011 Nr 24, poz.128). Aktualizacja Programu nastąpiła w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 z dnia 8 lutego 2017 r. nakładającego na samorząd wojewódzki ten obowiązek. Niniejsze opracowanie zostało poprzedzone konferencjami dotyczącymi kierunków rozwoju opieki psychiatrycznej dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży z udziałem przedstawicieli gmin, powiatów, organizacji pozarządowych dyrektorów szpitali psychiatrycznych, przedstawicieli administracji rządowej, Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, lekarzy, pielęgniarek, psychologów oraz osób zainteresowanych tematyką. W czasie spotkań dokonywano oceny pierwszej edycji Programu, podejmowanych działań w tym zakresie oraz trudności w ich realizacji. Wskazywano na dobre praktyki współpracy na różnych szczeblach jednostek samorządowych, dokonywano oceny proponowanych zmian w opiece psychiatrycznej w powiązaniu ich ze zmianami w pomocy społecznej w celu skutecznej pomocy osobom z problemami zdrowia psychicznego.

Uwzględniając obowiązujące przepisy prawa krajowego i międzynarodowego należy dążyć do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej blisko miejsca ich zamieszkania oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne jest jednym z podstawowych elementów ogólnego stanu zdrowia. Oznacza to nie tylko brak zaburzeń czy choroby, ale także potencjał psychiczny, umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb, osiąganie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia; zwiększający zdolność rozwoju, uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywaniem trudności, a także sprzyjający nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi.

W dzisiejszych czasach zaburzenia i choroby psychiczne stanowią poważny problem zdrowotny, szczególnie, jeśli nie są leczone. Aby zapobiec temu narastającemu zjawisku niezbędne jest 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. Ponadto niezbędne jest też kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji.

## Rozdział 1. Dokumenty strategiczne i podstawy prawne w opiece psychiatrycznej

### 1.1. Podstawy formalno-prawne programu

Kontekst formalno-prawny programu stanowią dokumenty programowe i strategiczne: Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), europejskie, krajowe i wojewódzkie oraz obowiązujące obecnie regulacje prawne.

#### 1.1.1. Międzynarodowe dokumenty strategiczne

**Światowa Deklaracja Zdrowia *„Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”,* 1998 r.**

Cel 6 - Poprawa zdrowia psychicznego – zakłada, że do 2020 r. powinno ulec poprawie zdrowie psychiczne ludzi oraz dostępność do pełnych świadczeń dla osób z problemami zdrowia psychicznego a w szczególności:

- powinna zostać zredukowana powszechność występowania i szkodliwy wpływ problemów zdrowia psychicznego, a ludzie powinni posiąść lepszą umiejętność radzenia sobie z problemami codziennego życia,
- powinny zostać obniżone o jedną trzecią wskaźniki samobójstw.

Poprawę zdrowia psychicznego osiągnie się jeżeli:

- poświęci się więcej uwagi promocji i ochronie zdrowia psychicznego w ciągu całego życia, szczególnie w grupach ekonomicznie i społecznie upośledzonych,
- środowisko życia i pracy będzie tak ukształtowane, aby pomogło ludziom w każdym wieku, nabrać poczucia więzi, budować i utrzymywać stosunki społeczne oraz radzić sobie w sytuacjach i okolicznościach stresowych,
- pracownicy opieki zdrowotnej i innych pokrewnych zawodów będą szkoleni na okoliczność wczesnego wykrywania problemów zdrowia psychicznego i stosownej interwencji,
- świadczenia dla ludzi z problemami zdrowia psychicznego zapewnią dobrej jakości opiekę, z właściwą proporcją świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na interwencje w nagłych przypadkach oraz na mniejszości i grupy społecznie upośledzone,
- będą przestrzegane prawa człowieka i poprawi się jakość życia osób z problemami zdrowia psychicznego, szczególnie tych z zaburzeniami przewlekłymi.

**Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pt. *„Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja”,* 2001 r.**

W omawianym raporcie zdrowie psychiczne zostało wskazane jako światowy priorytet zdrowia publicznego. Położono nacisk na fakt, iż zdrowie psychiczne stanowi kluczowy warunek osiągnięcia dobrostanu jednostki, społeczeństwa i państwa. Raport nawołuje do podjęcia pilnych działań w walce ze stygmatyzacją i dyskryminacją oraz podkreśla konieczność zapewnienia efektywnej prewencji i leczenia.

Raport wyznacza 10 kluczowych rekomendacji WHO w zakresie ochrony zdrowia psychicznego:

1) zapewnienie leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
2) zapewnienie dostępu do leków psychotropowych,
3) dostarczanie opieki w ramach wspólnot lokalnych,
4) edukacja opinii publicznej,
5) angażowanie w programy wspólnot lokalnych, rodzin i osób indywidualnych,
6) ustalanie narodowej polityki, programów i prawa,
7) rozwijanie zasobów ludzkich,
8) tworzenie sieci powiązań z innymi sektorami,

9) monitorowanie na poziomie lokalnym wskaźników zdrowia psychicznego,
10) wspieranie badań naukowych.

**Deklaracja Helsińska Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich pt.: *„Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy”,* 2005 r.**

Deklaracja Helsińska wyraża pogląd, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego, ponieważ ma ono zasadnicze znaczenie dla poszczególnych osób, społeczeństwa, ekonomii i powinno być przez to postrzegane, jako integralna i istotna część pozostałych obszarów polityki publicznej. Należą do nich prawa człowieka, opieka społeczna, edukacja oraz zatrudnienie. Polityka ochrony zdrowia psychicznego w Europie powinna zatem uwzględniać następujące działania:

- rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie i ich rodziny,
- opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględnią promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,
- zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,
- wykorzystanie do realizacji tych zadań, doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.

Deklaracja Helsińska stworzyła fundamenty rozumienia i podejmowania działań w Europie, utrwalające pozycję zdrowia psychicznego jako priorytetu szeroko pojętego zdrowia publicznego i współpracy międzysektorowej, wskazując je jako integralną część polityk publicznych.

**Zielona Księga, Poprawa zdrowia psychicznego ludności; Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, 2005 r.**

Zielona Księga formułuje następujące zadania dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej:

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

***„Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego”* 2008 r.**

Pakt stanowi wezwanie do działania w duchu partnerstwa, zwraca uwagę na korzyści zdrowotne, społeczne i gospodarcze wynikające z dobrego stanu zdrowia psychicznego wszystkich osób oraz na potrzebę przezwyciężenia tabu i uprzedzeń związanych z chorobami psychicznymi. Sygnatariusze Paktu zobowiązali się do wspólnego działania na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego w Europie i wypracowania wspólnych zaleceń dotyczących działania w 5 priorytetowych obszarach zdrowia psychicznego:

1) zapobieganie samobójstwom i depresji,
2) zdrowie psychiczne wśród młodzieży i w kontekście edukacji,
3) zdrowie psychiczne w środowisku zawodowym,
4) zdrowie psychiczne ludzi starszych,
5) zwalczanie uprzedzeń i wykluczenia społecznego.

Pakt umożliwia instytucjom UE, rządom krajowym, regionom i organizacjom społeczeństwa obywatelskiego podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy poziomu zdrowia psychicznego. Realizowany jest przede wszystkim poprzez konferencje tematyczne poświęcone określonym w nim priorytetom.

**Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020**

Opracowany przez Światową Organizację Zdrowia plan podkreśla podstawowe znaczenie zdrowia psychicznego jako warunku osiągnięcia zdrowia przez wszystkich. Celem planu jest osiągnięcie sprawiedliwości w zdrowiu poprzez powszechny dostęp do opieki zdrowotnej oraz podkreślenie roli i znaczenia prewencji. Główne cele planu to:

- bardziej efektywne przywództwo i zarządzanie w dziedzinie zdrowia psychicznego,
- zapewnienie wszechstronnych, zintegrowanych świadczeń zdrowotnych i społecznych udzielanych w jednostkach opieki środowiskowej,
- wdrożenie strategii zapobiegania i promocji zdrowia psychicznego,
- wzmocnienie systemów informacji, dowodów naukowych i badań na rzecz zdrowia psychicznego.

**Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego**

Cele podstawowe:

- każdy ma równe szanse, by realizować dobrostan psychiczny podczas całego życia, zwłaszcza ci, którzy są najbardziej wrażliwi i narażeni na czynniki ryzyka,
- osoby z problemami zdrowia psychicznego są obywatelami, których prawa człowieka są w pełni respektowane, chronione i promowane,
- świadczenia opieki zdrowotnej są dostępne i osiągalne finansowo, dostępne w środowisku zgodnie z potrzebami,
- osoby z problemami zdrowia psychicznego mają prawo do pełnego poszanowania oraz bezpiecznego i efektywnego leczenia.

### 1.1.2. Akty prawne w Polsce

W Polsce podstawowym aktem prawnym regulującym problematykę ochrony zdrowia psychicznego jest **ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (**Dz.U. 2020, poz.685 tj.), która stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin reguluje Rozporządzenie

Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 r. poz. 1285) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień(Dz. U.2019 r. poz. 1640) dodające trzy poziomy opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą.

W zależności od potrzeb pacjenta świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- stacjonarnych: psychiatrycznych, leczenia uzależnień, w izbie przyjęć,
- dziennych: psychiatrycznych, leczenia uzależnień,
- ambulatoryjnych: psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego), leczenia uzależnień.

Świadczenia gwarantowane obejmują:

- świadczenia terapeutyczne,
- programy terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- konsultacje specjalistyczne,
- leki,
- wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi,
- wyżywienie,
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Dodatkowo osoby z zaburzeniami psychicznymi lub osoby uzależnione mogą raz w roku skorzystać z turnusu rehabilitacyjnego.

**Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz.U. 2017, poz. 458)**

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (NPOZP) określa cele, zadania, niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Głównym kierunkiem zalecanym jest wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej blisko miejsca ich zamieszkania oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Głównymi celami NPOZP na lata 2017-2022 są:

1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;
2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Prowadzenie działań określonych w NPOZP należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w Programie.

Zgodnie z NPOZP do zadań samorządu województwa należy realizacja celu głównego (i 4 celów szczegółowych) oraz celu operacyjnego:

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

**Cel szczegółowy a): upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.**

Zadania:

1) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju centrów zdrowia psychicznego zwanych dalej „CZP" oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa. Wojewódzki program może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego.
2) opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych. Opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego.
3) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

**Cel szczegółowy b): upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.**

Zadania:

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

**Cel szczegółowy c): aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.**

Zadania:

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

**Cel szczegółowy d): skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.**

Zadania:

1) opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

2) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa;
3) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatowe, w wersji elektronicznej lub papierowej.

W obecnej edycji NPOZP na lata 2017-2022, zadania dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym są realizowane odrębnie w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 określonego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492)

**Cel operacyjny 3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.**

Na podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z dnia 27 kwietnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 poz. 852 z późniejszymi zmianami) wdrożone zostały na terenie województwa podkarpackiego dwa pilotażowe Centra Zdrowia Psychicznego, prowadzone przez Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu na obszarze powiatów jarosławskiego (od października 2018 r.) i lubaczowskiego (od 1 kwietnia 2020 r.) oraz Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie na obszarze miasta Tarnobrzega, powiatu tarnobrzeskiego (od października 2018 r.) i powiatu kolbuszowskiego (od 2020 r.).

### 1.1.3. Priorytety wojewódzkie

Rozwój opieki psychiatrycznej w województwie opiera się też na wskazaniach zawartych w opracowanym dokumencie pt.: ***Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego - ocena potrzeb zdrowotnych*.**

Na podstawie art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn.zm.), mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości Wojewoda Podkarpacki w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustalił Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego (zwane dalej priorytetami lub PRPZ) obowiązujące od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021r.

Opracowanie wskazuje na priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na podstawie zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych wynikających z analizy i diagnozy stanu opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa szpitalnego w województwie podkarpackim.
Priorytety zostały opracowane na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Województwa Podkarpackiego, Krajowych ram strategicznych – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, propozycji członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Podkarpackiego oraz innych danych będących w dyspozycji Wojewody.

Głównym celem założonych priorytetów jest uzyskanie wysokiego poziomu rozwoju profilaktyki chorób, diagnostyki i stanu medycyny naprawczej ukierunkowanych na główne problemy epidemiologiczne w województwie podkarpackim poprzez między innymi: wzmocnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego – dążenie do modelu środowiskowego, określonego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – tworzenie w powiatach Centrów Zdrowia Psychicznego.

W dokumencie zdefiniowano 6 grup priorytetów, w tym: **Priorytet IV Wzmocnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego**, który został szczegółowo opisany w poniższej tabeli.

| **Priorytet IV Wzmocnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego**, | |
|---|---|
| **Cel 1.** | **Poprawa dostępności, jakości oraz kompleksowości leczenia pozaszpitalnego.** |
| Horyzont – czas realizacji | długoterminowy |
| Preferowane sposoby realizacji | Tworzenie centrów zdrowia psychicznego na obszarach województwa nie posiadających pełnego dostępu do świadczeń w tej dziedzinie, jako ośrodka zapewniającego oraz koordynującego dostęp do różnych form opieki psychiatrycznej. |
| Proponowane mierniki i czas oceny | Liczba powstałych centrów.<br>Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.<br>Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne. |
| Uzasadnienie: | 1 lipca 2018 r. rozpoczął się formalny pilotaż wdrożenia centrów zdrowia psychicznego. Od 1 października 2018 r. funkcjonuje 29 centrów zdrowia psychicznego w Polsce (w ramach pilotażu). W skład CZP wchodzi co najmniej poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego (domowego), oddział dzienny i oddział całodobowy psychiatryczny. Osoba zgłaszająca się do CZP trafi nie do rejestracji a do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK), w którym profesjonalista (psycholog, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta środowiskowy) dokona oceny oraz ustali wstępny plan pomocy. |
| Preferowane sposoby realizacji | 1. Modernizacja istniejących oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w celu poprawy warunków pobytu pacjentów i jakości leczenia. Zwiększenie liczby łóżek psychiatrycznych w centralnej części województwa poprzez rozbudowę Klinicznego Oddziału Psychiatrii. Utworzenie nowych oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych na potrzeby Centrów Zdrowia Psychicznego przy równoczesnym zmniejszaniu liczby łóżek ogólno-psychiatrycznych w największych szpitalach psychiatrycznych. Utworzenie nowych oddziałów dziennych psychiatrycznych i zespołów leczenia środowiskowego, w celu spełnienia wymogów niezbędnych do utworzenia CZP.<br>2. Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży z równoczesnym podziałem ze względu na kryterium wieku.<br>3. Utworzenie centrum leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych obejmującego: oddział krótkoterminowej terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, oddział leczenia zespołów abstynencyjnych, oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi.<br>4. Utworzenie ośrodka terapii zaburzeń odżywiania dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. |
| **Cel 2.** | **Poprawa sieci rozmieszczenia łóżek szpitalnych.** |
| Horyzont – czas realizacji | krótkoterminowy |
| Proponowane mierniki i czas oceny | Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców w korelacji ze wskaźnikiem wysokości kontraktowanych środków na 10 tys. mieszkańców(NFZ). |
| Uzasadnienie: | Mimo ogólnoświatowego trendu ograniczania liczby łóżek stacjonarnych na korzyść środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz funkcjonowania w województwie podkarpackim dwóch szpitali specjalistycznych psychiatrycznych zauważa się nierówny dostęp do stacjonarnej opieki szczególnie w regionie rzeszowskim (Rzeszów i powiaty: kolbuszowski, ropczycko-sędziszowski, rzeszowski oraz strzyżowski), zamieszkiwanym przez ponad 550 tys. osób co uzasadnia zwiększenie liczby łóżek.<br>Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w województwie. |

## 1.2.Podział zaburzeń psychicznych według ICD-10

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązuje w Polsce od 1996 roku. Klasyfikację chorób definiuje się jako system kategorii, do których przypisywane są jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania mieszczą się w przedziale F00–F99.

**Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09) –** otępienie, organiczny zespół amnestyczny oraz majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne, inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe.

**Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19) –** ostre zatrucia, następstwa szkodliwego używania substancji, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny, zaburzenia psychotyczne, zespół amnestyczny.

**Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20–F29) –** schizofrenia, zaburzenie schizotypowe, uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne, nieokreślona psychoza nieorganiczna.

**Zaburzenia nastroju [afektywne] (F30–F39) –** epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe zaburzenia nastroju , inne zaburzenia nastroju.

**Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48) –** zaburzenia lękowe w postaci fobii, inne zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod maską somatyczną, inne zaburzenia nerwicowe.

**Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–F59) –** zaburzenia odżywiania, nieorganiczne zaburzenia snu, zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z połogiem, niesklasyfikowane gdzie indziej, czynniki psychologiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej, nadużywanie substancji, które nie powodują uzależnienia, nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

**Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–F69) –** specyficzne zaburzenia osobowości, zaburzenia osobowości mieszane i inne, trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu, zaburzenia nawyków i popędów, zaburzenia identyfikacji płciowej, zaburzenia preferencji seksualnych, zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną, inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych.

**Upośledzenie umysłowe (F70–F79) –** zatrzymanie lub niepełny rozwój umysłowy, manifestujące się upośledzeniem w okresie wzrastania, zwłaszcza w zakresie umiejętności związanych z ogólnym stanem inteligencji np. kognitywne, językowe, ruchowe i społeczne. Może ono wystąpić w związku z dowolnym innym zaburzeniem umysłowym lub fizycznym lub bez niego.

**Zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80–F89) –** specyficzne zaburzenia rozwoju mowy, języka, umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych.

**Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–F98) –** zaburzenia hiperkinetyczne, zaburzenia zachowania, mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia emocjonalne oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, tiki.

**Nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99) –** zaburzenia psychiczne bliżej nieokreślone(BNO).

## Rozdział 2. Demografia i stan zdrowia w województwie podkarpackim.

### 2.1.Dane demograficzne.

Na dzień 31.12.2019 r. liczba ludności w województwie podkarpackim wynosiła 2 127 164 osób, co stanowiło 5,5% ludności Polski. W porównaniu z końcem 2014 r., liczba mieszkańców Podkarpacia nieznacznie zmniejszyła się – o 172 osoby.

Od lat mieszkańców Podkarpacia cechuje wyższy, niż przeciętnie w kraju, poziom przyrostu naturalnego. W latach 2014-2017 podkarpackie było jednym z pięciu województw, w których notowano dodatni przyrost naturalny.

Do pozytywnych procesów obserwowanych w województwie należy również zaliczyć wzrost współczynnika dynamiki demograficznej czy też niższy niż dla Polski współczynnik umieralności.

Ludność zamieszkująca województwo podkarpackie (podobnie jak w kraju) skoncentrowana jest w największych ośrodkach miejskich oraz na ich obrzeżach. Na Podkarpaciu średnia gęstość zaludnienia wynosiła 119 osób na km $^2$, co dawało 7. lokatę w rankingu województw.

**Tabela 1. Ludność w powiatach województwa podkarpackiego wg grup wiekowych.**

| Powiat | Liczba ludności | Grupy wiekowe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0-18 | 19 + | 19-29 | 30-64 | 65+ |
| bieszczadzki | 21 799 | 3 921 | 17 878 | 3 221 | 11 202 | 3 455 |
| brzozowski | 65 652 | 13 388 | 52 264 | 10 122 | 31 601 | 10 541 |
| dębicki | 135 348 | 27 269 | 108 079 | 20 194 | 66 807 | 21 078 |
| jarosławski | 120 462 | 22 981 | 97 481 | 18 033 | 59 545 | 19 903 |
| jasielski | 113 730 | 20 701 | 93 029 | 16 814 | 57 031 | 19 184 |
| kolbuszowski | 62 389 | 11 934 | 50 455 | 9 991 | 30 938 | 9 526 |
| krośnieński | 112 301 | 22 591 | 89 710 | 16 573 | 54 556 | 18 581 |
| leżajski | 69 479 | 13 383 | 56 096 | 10 651 | 34 118 | 11 327 |
| lubaczowski | 55 438 | 10 011 | 45 427 | 8 474 | 27 626 | 9 327 |
| łańcucki | 80 898 | 16 862 | 64 036 | 11 755 | 38 881 | 13 400 |
| mielecki | 136 591 | 26 937 | 109 654 | 19 791 | 67 210 | 22 653 |
| niżański | 66 699 | 11 928 | 54 771 | 10 558 | 33 792 | 10 421 |
| przemyski | 74 234 | 14 363 | 59 871 | 12 207 | 36 513 | 11 151 |
| przeworski | 78 354 | 15 315 | 63 039 | 11 971 | 38 230 | 12 838 |
| ropczycko-sędziszowski | 74 416 | 15 918 | 58 498 | 11 376 | 35 810 | 11 312 |
| rzeszowski | 168 614 | 35 553 | 133 061 | 24 988 | 82 534 | 25 539 |
| sanocki | 94 473 | 17 589 | 76 884 | 13 002 | 47 636 | 16 246 |
| stalowowolski | 106 272 | 18 404 | 87 868 | 14 552 | 53 629 | 19 687 |
| strzyżowski | 61 505 | 11 828 | 49 677 | 9 329 | 30 328 | 10 020 |
| tarnobrzeski | 53 115 | 9 461 | 43 654 | 7 814 | 26 791 | 9 049 |
| leski | 26 532 | 4 711 | 21 821 | 3 773 | 13 396 | 4 652 |
| m. Krosno | 46 369 | 8 043 | 38 326 | 5 424 | 23 375 | 9 527 |
| m. Przemyśl | 60 999 | 10 385 | 50 614 | 7 443 | 30 912 | 12 259 |
| m. Rzeszów | 194 886 | 38 376 | 156 510 | 25 375 | 97 903 | 33 232 |
| m. Tarnobrzeg | 46 907 | 7 664 | 39 243 | 5 883 | 23 851 | 9 509 |
| **woj. podkarpackie** | **2 127 462** | **409 516** | **1 717 946** | **309 314** | **1 054 215** | **354 417** |

Źródło: GUS, stan na dzień 30.06.2019 r.

Sieć osadnicza województwa charakteryzuje się układem o regularnym i równomiernym, pod względem wielkości, rozkładem miast. Byłe miasta wojewódzkie: Krosno, Przemyśl i Tarnobrzeg oraz miasta: Stalowa Wola, Mielec, Dębica, Jarosław, Sanok i Jasło tworzą swoisty pierścień wokół miasta Rzeszowa, największego ośrodka w województwie. Pierścień ten uzupełniają miasta średnie i małe. W strukturze wielkościowej miast przeważają miasta małe, poniżej 5 tys. mieszkańców.

Według stanu na 31.12.2019 r. na terenie województwa podkarpackiego zlokalizowanych było 51 miast i 1666 miejscowości wiejskich, tworzących 21 powiatów ziemskich, 4 powiaty grodzkie i 160 gmin, w tym 16 gmin miejskich, 109 wiejskich i 35 miejsko-wiejskich.

## 2.2.Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych w województwie podkarpackim.

Zaburzenia psychiczne stanowią istotny problem epidemiologiczny i społeczny. W 2010 r. przeprowadzono w Polsce pierwsze szerokie badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia *(„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska").* Badanie objęło ponad 10 tysięcy respondentów dobranych w losowej próbie osób pomiędzy 18-64 r. ż. W badanej próbie u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Wśród nich co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja. Należy zaznaczyć, że **depresja poprzez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym.** Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznawano u 3,5% respondentów. Dużą grupę zaburzeń stanowią zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8 %), w tym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwami nadużywania alkoholu (tabela 2 i 4).

**Tabela 2.Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski pomiędzy 18-64 r.ż.**

| Kategoria | Liczba szacunkowa | Procent |
|---|---|---|
| Ogółem populacja dorosłych mieszkańców w Polsce | 25 826 117 | 100% |
| Brak zaburzeń | 19 772 600 | 77% |
| Co najmniej jedno zaburzenie w życiu | 6 053 500 | 23% |
| Co najmniej jedno zaburzenie w ostatnich 12 miesiącach | 2 719 350 | 10,5% |
| Brak zaburzeń w ostatnich 12 miesiącach | 3 334 150 | 13% |

Źródło: Badanie *„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska"*(dalej EZOP Polska)

W badaniach EZOP (2012) stwierdzono znaczne zróżnicowanie wojewódzkie w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Do województw o najwyższym rozpowszechnieniu zaliczyć można łódzkie, świętokrzyskie w środkowej Polsce i lubelskie w środkowo-wschodniej części oraz lubuskie i dolnośląskie na zachodzie kraju. Najniższe rozpowszechnienie stwierdzono w województwach położonych na przeciwległych krańcach Polski: w podkarpackim i zachodniopomorskim (tab. 3). Ta „wojewódzka mapa" epidemiologii zaburzeń psychicznych tylko częściowo pokrywa się z „mapą" utworzoną na podstawie statystyk ochrony zdrowia, które są uwarunkowane liczbą dostępnych placówek specjalistycznych.

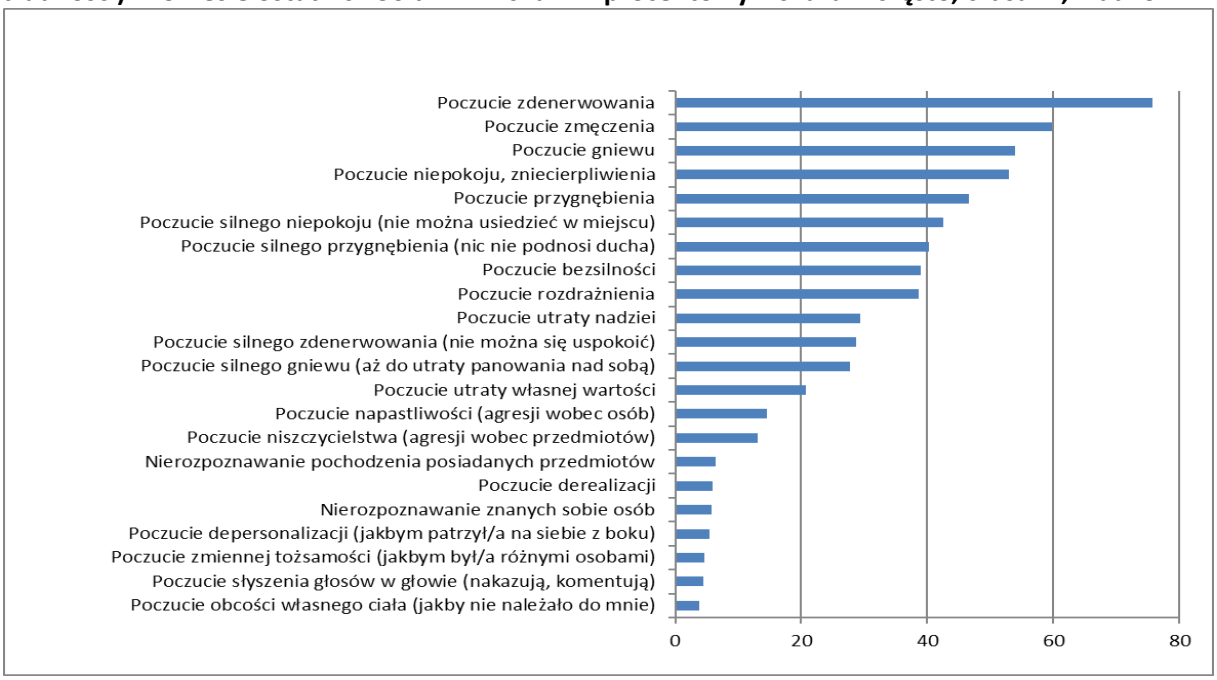
**Tabela 3. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu – Polska wg województw.**

| Województwo | Odsetki (CI95%) | Oszacowania w tys. | Dolna granica w tys. | Górna granica w tys. |
|---|---|---|---|---|
| Łódzkie | 29,3 (24,8–34,2) | 511,1 | 430,6 | 591,6 |
| Świętokrzyskie | 27,8 (22,6–33,6) | 217,4 | 185,9 | 248,9 |
| Lubuskie | 27,8 (21,0–35,8) | 183,1 | 145,7 | 220,4 |
| Dolnośląskie | 25,8 (21,3–30,8) | 522,3 | 425,5 | 619,0 |
| Lubelskie | 25,6 (21,2–30,5) | 373,3 | 311,6 | 435,0 |
| Pomorskie | 24,8 (19,2–31,4) | 374,0 | 283,0 | 464,9 |
| Małopolskie | 24,1 (20,7–27,8) | 526,1 | 452,6 | 599,6 |
| Warmińsko-mazurskie | 24,0 (18,2–31,1) | 235,1 | 169,9 | 300,2 |
| Śląskie | 23,3 (19,4–27,7) | 758,1 | 630,2 | 886,0 |
| Podlaskie | 23,2 (18,5–28,7) | 179,7 | 137,9 | 221,6 |
| Opolskie | 22,9 (15,8–32,0) | 144,6 | 95,5 | 193,6 |
| Kujawsko-pomorskie | 22,7 (16,9–29,6) | 301,5 | 235,2 | 367,8 |
| Mazowieckie | 21,4 (18,5–24,6) | 763,2 | 648,8 | 877,7 |
| Wielkopolskie | 20,9 (17,4–24,9) | 494,6 | 410,4 | 578,7 |
| Zachodniopomorskie | 18,9 (15,1–23,4) | 219,6 | 172,7 | 266,5 |
| **Podkarpackie** | **17,8 (13,6–23,0)** | **250,0** | **188,9** | **311,0** |
| **Polska ogółem** | **23,4 (22,2–24,7)** | **6 053,5** | **5 752,0** | **6 355,1** |

Źródło: EZOP Polska 2012

Mimo iż różnice między województwami wydają się znaczne i sięgają 60%, to jednak tylko województwo łódzkie różni się w sposób znamienny statystycznie od czterech województw o najniższym rozpowszechnieniu, tj. od podkarpackiego, zachodnio-pomorskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego. Autorzy badań przyjmują, że przyczyna tych różnic w jakimś stopniu jest pochodną zróżnicowanej dostępności do leczenia, której ważny komponent stanowią bariery nie tylko organizacyjne, ale także przekonania tkwiące w świadomości społecznej.

**Wykres 1. Występowanie i nasilenie wybranych problemów zdrowia psychicznego (objawów, trudności) w okresie ostatnich 30 dni – wskaźnik procentowy wskazań: często, czasami, rzadko.**




Źródło: EZOP Polska 2012

W badaniach EZOP zapytano respondentów w wieku 18-64 lat o aktualnie doświadczane trudności z zakresu zdrowia psychicznego w okresie ostatnich 30 dni. Odpowiedzi respondentów (często, czasami, rzadko, nigdy) nie należy traktować jako objawów zaburzeń psychicznych tylko w pewnym przybliżeniu i uproszczeniu. Trudności te stają się bowiem „objawami" dopiero wówczas, gdy są użyte w kontekście klinicznym, na przykład do budowania diagnozy zaburzeń psychicznych. Wielu respondentów najprawdopodobniej nie traktowało ich jako objawów w medycznym znaczeniu, lecz właśnie jako rodzaj trudności doświadczanych w codziennym życiu. Tylko dla obserwatora patrzącego na nie z innej – medycznej, diagnostycznej – perspektywy nabierają one znaczenia objawów i dlatego interpretowanie ich częstości jako częstości występowania objawów może być obarczone błędem, wynikającym z nieuwzględniania realnego kontekstu, w jakim sytuują ujawniane trudności sami respondenci i znaczenia, jakie im przypisują.

**Tabela 4. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych (co najmniej jedno zaburzenie w życiu) wśród mieszkańców Polski pomiędzy 18-64 r.ż.**

| Grupa zaburzeń | Szczegółowe rozpoznanie | Odsetki (CI95%) | Oszacowania w tys. |
|---|---|---|---|
| Zaburzenia nerwicowe | Agorafobia | 0,6 (0,5-0,7) | 153,9 |
| | Uogólnione zaburzenia lękowe | 1,1 (1,0-1,3) | 289,9 |
| | Napady paniki | 0,4 (0,3-0,5) | 100,8 |
| | Fobie społeczne | 1,8 (1,5-2,0) | 455,7 |
| | Fobie specyficzne | 4,3 (3,9-4,6) | 1 103,5 |
| | PTSD (zespół stresu pourazowego) | 1,1 (0,8-1,5) | 291,7 |
| | Neurastenia | 1,0 (0,8-1,2) | 252,6 |
| | **Ogółem zaburzenia nerwicowe** | **9,6 (8,9-10,3)** | **2 470,3** |
| Zaburzenia nastroju (afektywne) | Depresja | 3,0 (2,7-3,3) | 766,2 |
| | Dystymia | 0,6 (0,5-0,8) | 160,4 |
| | Mania | 0,4 (0,3-0,5) | 101,1 |
| | **Ogółem zaburzenia nastroju** | **3,5 (3,2-3,8)** | **904,3** |
| Zaburzenia impulsywne | Zaburzenia opozycyjno-buntownicze | 0,2 (0,1-0,4) | 61,0 |
| | ADHD | 0,0 (0,0-0,1) | 11,2 |
| | Zaburzenia zachowania | 2,4 (2,0-2,8) | 612,8 |
| | Zaburzenia eksplozywne | 0,8 (0,7-1,0) | 204,7 |
| | **Ogółem zaburzenia impulsywne** | **3,5 (3,1-4,0)** | **906,9** |
| Zaburzenia związane z używaniem substancji | Nadużywanie alkoholu, w tym: | 11,9(10,9-12,9) | 3065,4 |
| | uzależnienie od alkoholu | 2,4 (2,0-2,9) | 616,1 |
| | Nadużywanie narkotyków, w tym: | 1,4 (1,2-1,8) | 371,7 |
| | uzależnienie od narkotyków | 0,3 (0,2-0,4) | 69,6 |
| | **Ogółem zaburzenia związane z używaniem substancji** | **12,8(11,8-13,8)** | **3 297,1** |
| **Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie, w tym:** | | **23,4 (22,2-24,7)** | **6 053,5** |
| dwa zaburzenia i więcej | | 5,7 (5,2-6,3) | 1 475,5 |
| trzy zaburzenia i więcej | | 0,9 (0,8-1,1) | 242,8 |

Źródło: EZOP Polska 2012

W odróżnieniu od badań epidemiologicznych, które mają charakter socjologiczny, inną miarę rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych obrazują dane przyjęć w poradniach zdrowia psychicznego (opieka ambulatoryjna). Zakłada się, że w ciągu roku każda osoba z problemami zdrowia psychicznego potrzebująca pomocy zostanie chociaż raz przyjęta przez psychiatrę lub psychologa w poradni. W rzeczywistości nie każda osoba z dolegliwościami psychicznymi decyduje się na szukanie pomocy w publicznej ochronie zdrowia. Poza tym, utrudniona dostępność do świadczeń ma pewien wpływ na ograniczenie przyjęć nowych pacjentów.

**Tabela 5. Zarejestrowane pierwszorazowe zachorowania na zaburzenia psychiczne bez uzależnień w poradniach województwa podkarpackiego wg rozpoznania zasadniczego.**

| Rok | Zachorowania ogółem | % populacji mieszkańców województwa | Grupy wiekowe | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-18 | 19-29 | 30-64 | 65 + |
| 2014 | 15 425 | 0,73% | 1 921 | 3 117 | 8 281 | 2 106 |
| 2015 | 17 779 | 0,84% | 2 476 | 3 445 | 9 540 | 2 318 |
| 2016 | 15 327 | 0,72% | 2 133 | 2 920 | 7 896 | 2 378 |
| 2017 | 14 107 | 0,66% | 2 237 | 2 367 | 7 316 | 2 187 |
| 2018 | 12 650 | 0,59% | 2 113 | 2 202 | 6 333 | 2 002 |
| 2019 | 12 886 | 0,61 % | 2 351 | 1 875 | 6 647 | 2 023 |

Źródło: opracowania własne na podstawie danych GUS

W województwie podkarpackim stale notuje się najwyższe liczby zachorowań na choroby psychiczne w grupie wiekowej 30-64 lat. Dotyczy to także zachorowań związanych z używaniem alkoholu. Niemniej jednak liczby te nie wskazują na tendencje wzrostowe. Natomiast w grupie osób w wieku 19-24 przedstawione liczby osób zapadających na choroby psychiczne jak i zaburzenia psychiczne związane z alkoholem, wskazują na niewielki spadek zachorowań.

**Tabela 6. Zarejestrowane pierwszorazowe zachorowania na zaburzenia psychiczne związane z alkoholem w poradniach województwa podkarpackiego.**

| Rok | Zachorowania ogółem | % populacji mieszkańców województwa | Grupy wiekowe | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-18 | 19-29 | 30-64 | 65+ |
| 2014 | 2 767 | 0,13% | 15 | 533 | 2 082 | 137 |
| 2015 | 4 395 | 0,21% | 15 | 622 | 3 551 | 207 |
| 2016 | 4 033 | 0,19% | 14 | 580 | 3 217 | 222 |
| 2017 | 3 729 | 0,18% | 16 | 442 | 3 116 | 155 |
| 2018 | 3 379 | 0,16% | 15 | 432 | 2 775 | 157 |
| 2019 | 3101 | 0,15% | 24 | 345 | 2578 | 154 |

Źródło: opracowania własne na podstawie danych GUS

**Tabela 7. Leczeni na zaburzenia psychiczne bez uzależnień w poradniach województwa podkarpackiego wg wieku.**

| Rok | Liczba leczonych ogółem | % populacji mieszkańców województwa | Grupy wiekowe | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-18 | 19-29 | 30-64 | 65+ |
| 2014 | 79 352 | 3,73% | 6 096 | 11 690 | 49 287 | 12 279 |
| 2015 | 81 695 | 3,84% | 6 537 | 11 613 | 50 945 | 12 600 |
| 2016 | 76 073 | 3,58% | 6 079 | 9 982 | 47 262 | 12 750 |
| 2017 | 72 637 | 3,41% | 6 937 | 8 236 | 45 367 | 12 097 |
| 2018 | 69 644 | 3, 27% | 8219 | 7 053 | 42 621 | 11751 |
| 2019 | 68 755 | 3, 23% | 9 767 | 5765 | 41 454 | 11 769 |

Źródło: opracowania własne na podstawie danych GUS

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2018 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1 641,2 tys. osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków. W województwie podkarpackim liczba ta wynosiła 78 534 osób (9. miejsce w kraju), co stanowiło 3,41% ludności województwa.

**Tabela 8. Leczeni na zaburzenia psychiczne związane z alkoholem w poradniach województwa podkarpackiego wg wieku.**

| Rok | Leczeni ogółem | % populacji mieszkańców województwa | Grupy wiekowe | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-18 | 19-29 | 30-64 | 65+ |
| 2014 | 10 183 | 0,48% | 31 | 1 326 | 8 231 | 595 |
| 2015 | 9 835 | 0,46% | 16 | 1 114 | 8 211 | 494 |
| 2016 | 10 016 | 0,47% | 18 | 1 182 | 8 075 | 741 |
| 2017 | 9 120 | 0,43% | 18 | 787 | 7 818 | 497 |
| 2018 | 8890 | 0,42% | 19 | 724 | 7 646 | 501 |
| 2019 | 8 253 | 0,39% | 37 | 651 | 7 058 | 507 |

Źródło: opracowania własne na podstawie danych GUS

Uwzględniając przyczyny korzystania z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w woj. podkarpackim można powiedzieć, iż osoby będące pod opieką tych poradni potrzebowały pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania wśród leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały zaburzenia nerwicowe oraz zaburzenia nastroju. Łącznie te dwie grupy diagnoz stwierdzono u prawie 49% ogółu pacjentów leczonych w tych poradniach (tabela 9).

**Tabela 9. Struktura zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych w województwie podkarpackim w latach 2013 – 2017.**

| Rodzaj zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania | Rok | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | % (2017) |
| zaburzenia nerwicowe | 19913 | 20503 | 23104 | 20673 | 20824 | 28,7% |
| zaburzenia nastroju (afektywne) | 21244 | 20756 | 22647 | 21278 | 19616 | 27,0% |
| organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi | 12053 | 11220 | 11841 | 11513 | 11025 | 15,2% |
| schizofrenia | 8986 | 9159 | 9399 | 8860 | 7893 | 10,9% |
| zaburzenia rozwojowe | 5465 | 5534 | 5531 | 5040 | 5592 | 7,7% |
| upośledzenie umysłowe | 4311 | 4821 | 4608 | 4372 | 3848 | 5,3% |
| zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych | 2254 | 2165 | 2054 | 2031 | 2000 | 2,8% |
| inne zaburzenia psychotyczne (nieschizofreniczne) | 2320 | 2239 | 2393 | 1975 | 1714 | 2,4% |
| inne zaburzenia | 126 | 121 | 118 | 140 | 125 | 0,2% |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

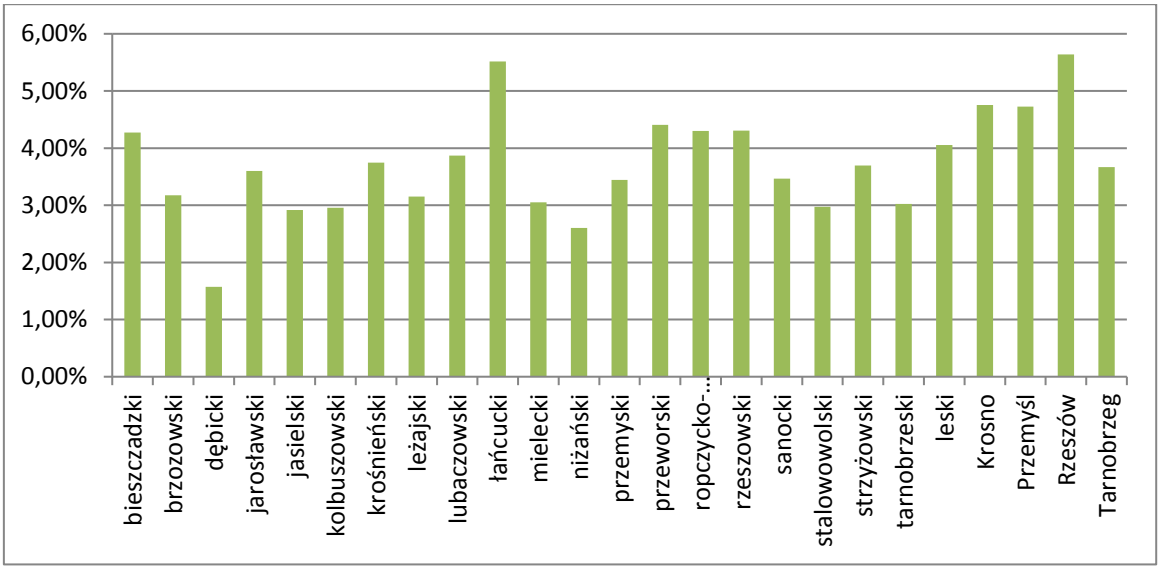
**Tabela 10. Pacjenci w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej w powiatach województwa podkarpackiego w grupach wiekowych korzystający z poszczególnych form świadczeń w 2017 roku.**

| Powiat | Ludność | Ogółem leczonych | % populacji mieszkańców powiatu | Grupy wiekowe | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 0-18 | 19-29 | 30-64 | 65+ |
| bieszczadzki | 21 921 | 937 | 4,27% | 68 | 69 | 648 | 166 |
| brzozowski | 65 956 | 2094 | 3,17% | 207 | 213 | 1418 | 288 |
| dębicki | 135 376 | 2127 | 1,57% | 217 | 184 | 1437 | 317 |
| jarosławski | 121 186 | 4365 | 3,60% | 417 | 338 | 2924 | 745 |
| jasielski | 114 292 | 3334 | 2,92% | 276 | 264 | 2336 | 502 |
| kolbuszowski | 62 439 | 1847 | 2,96% | 172 | 185 | 1252 | 260 |
| krośnieński | 112 378 | 4208 | 3,74% | 284 | 394 | 3231 | 344 |
| leżajski | 69 582 | 2192 | 3,15% | 151 | 213 | 1507 | 343 |
| lubaczowski | 56 234 | 2175 | 3,87% | 321 | 181 | 1322 | 371 |
| łańcucki | 80 555 | 4444 | 5,52% | 558 | 378 | 2822 | 759 |
| mielecki | 136 343 | 4159 | 3,05% | 406 | 286 | 2716 | 811 |
| niżański | 66 844 | 1742 | 2,61% | 129 | 134 | 1190 | 310 |
| przemyski | 74 363 | 2561 | 3,44% | 290 | 262 | 1742 | 307 |
| przeworski | 78 617 | 3466 | 4,41% | 339 | 291 | 2319 | 556 |
| ropczycko-sędziszowski | 74 042 | 3186 | 4,30% | 283 | 263 | 2184 | 498 |
| rzeszowski | 168 096 | 7239 | 4,31% | 998 | 643 | 4836 | 856 |
| sanocki | 95 184 | 3297 | 3,46% | 266 | 264 | 2357 | 444 |
| stalowowolski | 107 396 | 3195 | 2,97% | 355 | 224 | 2088 | 579 |
| strzyżowski | 61 717 | 2282 | 3,70% | 286 | 238 | 1482 | 306 |
| tarnobrzeski | 53 413 | 1616 | 3,03% | 134 | 125 | 1119 | 258 |
| leski | 26 664 | 1081 | 4,05% | 106 | 73 | 759 | 148 |
| Krosno | 46 478 | 2211 | 4,76% | 120 | 225 | 1657 | 232 |
| Przemyśl | 61 973 | 2928 | 4,72% | 277 | 246 | 1956 | 485 |
| Rzeszów | 189 111 | 10666 | 5,64% | 1217 | 995 | 6748 | 1865 |
| Tarnobrzeg | 47 527 | 1742 | 3,67% | 199 | 138 | 1112 | 323 |
| spoza/brak danych | | 1972 | | 317 | 288 | 1161 | 229 |
| **woj. podkarpackie** | **2 127 687** | **81066** | **3,81%** | **8393** | **7114** | **54323** | **12302** |

Źródło: POW NFZ - uwzględniono dane z poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i dorosłych, poradnie leczenia nerwic, poradnie psychologiczne, poradnie terapii autyzmu, bez poradni leczenia uzależnień

Dane dotyczące liczby osób pozostających w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej w poszczególnych powiatach województwa podkarpackiego korzystających ze świadczeń wskazują na konieczność kształtowania polityki zdrowotnej, edukacyjnej i oparcia społecznego adresowanej do osób z zaburzeniami psychicznymi z rozróżnieniem różnych grup osób pod względem wieku, (dzieci, młodzież, dorośli w wieku produkcyjnym, starsi dorośli w wieku poprodukcyjnym), rodzaju rozpoznania zaburzeń psychicznych; stopnia niepełnosprawności (intelektualna, psychiczna, autyzm) oraz skali potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin (doraźna, krótkotrwała lub długotrwała pomoc), wąski lub szeroki zakres świadczeń.

**Wykres:2.Odsetek mieszkańców powiatu objętych ambulatoryjną opieką psychiatryczną w 2017 r.**




Źródło: POW NFZ

Biorąc pod uwagę dane przedstawione w tabelach 7 i 8 można stwierdzić, że w 2019 roku z różnych form opieki psychiatrycznej korzystało ponad 4,62% mieszkańców woj. podkarpackiego, co jest niewątpliwym wyzwaniem dla rozwoju usług zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii oraz ich zróżnicowania. Zmiana w zakresie form działalności opieki powinna dotyczyć poprawy dostępności tego rodzaju świadczeń zdrowotnych jak najbliżej miejsca zamieszkania (leczenia domowego).

**Tabela 11. Pacjenci korzystający z poszczególnych form opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim w latach 2018 – 2019.**

| Forma opieki psychiatrycznej | Rok | Pacjenci ogółem | Grupy wiekowe | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-18 | 19-29 | 30-64 | 65+ |
| świadczenia ambulatoryjne | 2018 | 86 217 | 8 192 | 7 494 | 58 605 | 13 150 |
| | 2019 | 86 136 | 8 409 | 7 533 | 57 710 | 13 753 |
| świadczenia środowiskowe | 2018 | 801 | 1 | 66 | 447 | 300 |
| | 2019 | 622 | 1 | 55 | 391 | 187 |
| świadczenia dzienne | 2018 | 1 871 | 256 | 196 | 1 308 | 128 |
| | 2019 | 1 905 | 233 | 215 | 1 300 | 170 |
| świadczenia stacjonarne | 2018 | 10 158 | 322 | 1 152 | 7 401 | 1 339 |
| | 2019 | 10 025 | 352 | 1 164 | 7 209 | 1 358 |
| świadczenia opiekuńczo-lecznicze | 2018 | 142 | - | - | 55 | 91 |
| | 2019 | 165 | - | - | 58 | 107 |

Źródło: POW NFZ

**Tabela 12. Pacjenci wg rodzajów rozpoznania korzystający z poszczególnych form świadczeń opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim w latach 2018-2019.**

| Forma opieki psychiatrycznej | Rok | Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD-10 | | | | Razem F0*; F2*; F3*; F84 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F00-F09 | F20-F29 | F30-F39 | F84 | |
| świadczenia ambulatoryjne | 2018 | 12 565 | 10 107 | 19 451 | 252 | 41 033 |
| | 2019 | 12 036 | 9 622 | 18 619 | 271 | 39 523 |
| świadczenia środowiskowe | 2018 | 255 | 255 | 122 | 1 | 628 |
| | 2019 | 163 | 235 | 97 | 1 | 489 |
| świadczenia dzienne | 2018 | 255 | 323 | 379 | 7 | 948 |
| | 2019 | 299 | 318 | 368 | 9 | 975 |
| świadczenia stacjonarne | 2018 | 1 363 | 1 950 | 981 | 2 | 4 233 |
| | 2019 | 1 349 | 1 942 | 872 | 6 | 4 119 |
| świadczenia opiekuńczo-lecznicze | 2018 | 69 | 64 | 6 | - | 139 |
| | 2019 | 85 | 69 | 7 | - | 161 |

Źródło: POW NFZ – dane dotyczą pacjentów powyżej 18 r.ż.

Aktualne dane wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nadal korzystają tradycyjnie z opieki ambulatoryjnej i szpitalnej i to we wszystkich grupach wiekowych. Nadal słabo rozwinięta jest opieka dzienna i środowiskowa.

Wśród osób dorosłych objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej dominują schorzenia związane z zaburzeniami zachowania i emocji, zaburzenia nastroju oraz schizofrenią, dotyczy to każdej z form opieki psychiatrycznej dla dorosłych.

**Dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi**

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest realizowana w różnych formach i sektorach, nie tylko w opiece psychiatrycznej. Wśród dzieci i młodzieży występują mniej lub bardziej nasilone problemy emocjonalne i behawioralne, zaburzenia rozwoju psychicznego. Jednakże pomoc psychologiczna i opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży, które w okresie rozwojowym potrzebują silnych i pozytywnych więzi rodzinnych, zawsze wiąże się z udziałem i wsparciem rodziny, ewentualnie przedszkola, szkoły i szerszego środowiska wychowawczego.

Wskaźniki osób w wieku 0-18 lat objętych opieką ambulatoryjną w poradniach zdrowia psychicznego wykazują tendencję wzrostową. W skali województwa wskaźnik ten w ostatnich latach nie jest znaczący, niemniej jednak w niektórych powiatach jest wysoki i utrzymuje się na niezmiennie podwyższonym poziomie (w tabeli 13 zaznaczono kolorem).

Wśród przyczyn pozostawania w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży i terapii uzależnień dominują zaburzenia nerwicowe (F40 - F48) oraz zaburzenia rozwoju psychologicznego (F84). (Tabela 14).

**Tabela 13. Mieszkańcy woj. podkarpackiego w wieku 0-18 lat korzystający w latach 2018-2019 ze świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych w opiece psychiatrycznej i terapii uzależnień.**

| Powiat | Rok | Mieszkańcy w wieku 0-18 | Mieszkańcy w wieku 0-18 objęci opieką ambulatoryjna lub środowiskową | Wskaźnik pacjentów objętych opieką ambulatoryjną lub środowiskową na 1000 mieszkańców |
|---|---|---|---|---|
| bieszczadzki | 2018 | 3 928 | 67 | 17,1 |
| | 2019 | 3 784 | 79 | 20,9 |
| brzozowski | 2018 | 13 450 | 181 | 13,5 |
| | 2019 | 13 241 | 182 | 13,7 |
| dębicki | 2018 | 27 325 | 270 | 9,9 |
| | 2019 | 27 196 | 296 | 10,9 |
| jarosławski | 2018 | 23 123 | 392 | 17,0 |
| | 2019 | 22 869 | 417 | 18,2 |
| jasielski | 2018 | 20 860 | 297 | 14,2 |
| | 2019 | 20 538 | 287 | 14,0 |
| kolbuszowski | 2018 | 12 012 | 144 | 12,0 |
| | 2019 | 11 742 | 132 | 11,2 |
| krośnieński | 2018 | 22 727 | 286 | 12,6 |
| | 2019 | 22 564 | 316 | 14,0 |
| leżajski | 2018 | 13 479 | 149 | 11,1 |
| | 2019 | 13 266 | 176 | 13,3 |
| lubaczowski | 2018 | 10 068 | 301 | 29,9 |
| | 2019 | 9 879 | 305 | 30,9 |
| łańcucki | 2018 | 16 803 | 533 | 31,7 |
| | 2019 | 16 894 | 492 | 29,1 |
| mielecki | 2018 | 26 962 | 443 | 16,4 |
| | 2019 | 26 921 | 378 | 14,0 |
| niżański | 2018 | 11 992 | 159 | 13,3 |
| | 2019 | 11 797 | 168 | 14,2 |
| przemyski | 2018 | 14 490 | 279 | 19,3 |
| | 2019 | 14 189 | 280 | 19,7 |
| przeworski | 2018 | 15 371 | 288 | 18,7 |
| | 2019 | 15 199 | 313 | 20,6 |
| ropczycko-sędziszowski | 2018 | 15 955 | 266 | 16,7 |
| | 2019 | 15 890 | 286 | 18,0 |
| rzeszowski | 2018 | 35 990 | 907 | 25,2 |
| | 2019 | 35 868 | 974 | 27,2 |
| sanocki | 2018 | 17 771 | 283 | 15,9 |
| | 2019 | 17 471 | 301 | 17,2 |
| stalowowolski | 2018 | 18 558 | 336 | 18,1 |
| | 2019 | 18 260 | 340 | 18,6 |
| strzyżowski | 2018 | 11 850 | 288 | 24,3 |
| | 2019 | 11 767 | 285 | 24,2 |
| tarnobrzeski | 2018 | 9 531 | 114 | 12,0 |
| | 2019 | 9 402 | 98 | 10,4 |
| leski | 2018 | 4 725 | 92 | 19,5 |
| | 2019 | 4 628 | 109 | 23,6 |
| Krosno | 2018 | 8 132 | 119 | 14,6 |
| | 2019 | 8 050 | 134 | 16,6 |
| Przemyśl | 2018 | 10 416 | 282 | 27,1 |
| | 2019 | 10 300 | 276 | 26,8 |
| Rzeszów | 2018 | 37 712 | 1 246 | 33,0 |
| | 2019 | 39 107 | 1 288 | 32,9 |
| Tarnobrzeg | 2018 | 7 727 | 176 | 22,8 |
| | 2019 | 7 623 | 143 | 18,8 |
| **Ogółem** | **2018** | **410 957** | **8 262** | **20,1** |
| | **2019** | **408 445** | **8 515** | **20,8** |

Źródło: POW NFZ

**Tabela 14. Mieszkańcy woj. podkarpackiego w wieku 0-18 lat korzystający w latach 2018-2019 ze świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych w opiece psychiatrycznej i terapii uzależnień wg rozpoznań ICD-10**

| Rozpoznanie ICD-10 | Rok | Liczba pacjentów | % | Wskaźnik pacjentów objętych opieką ambulatoryjną lub środowiskową na 1000 mieszkańców |
|---|---|---|---|---|
| F00-F09 | 2018 | 16 | 0,2% | 0,04 |
| | 2019 | 17 | 0,2% | 0,04 |
| F10 | 2018 | 29 | 0,4% | 0,07 |
| | 2019 | 32 | 0,4% | 0,08 |
| F11-F19 | 2018 | 128 | 1,5% | 0,31 |
| | 2019 | 126 | 1,5% | 0,31 |
| F20-F29 | 2018 | 49 | 0,6% | 0,12 |
| | 2019 | 42 | 0,5% | 0,10 |
| F30-F39 | 2018 | 251 | 3,0% | 0,61 |
| | 2019 | 295 | 3,5% | 0,72 |
| F40-F48 | 2018 | 1 059 | 12,8% | 2,58 |
| | 2019 | 1 110 | 13,0% | 2,72 |
| F50 | 2018 | 65 | 0,8% | 0,16 |
| | 2019 | 68 | 0,8% | 0,17 |
| F51-F59 | 2018 | 14 | 0,2% | 0,03 |
| | 2019 | 13 | 0,2% | 0,03 |
| F60-F69 | 2018 | 131 | 1,6% | 0,32 |
| | 2019 | 167 | 2,0% | 0,41 |
| F70-F79 | 2018 | 463 | 5,6% | 1,13 |
| | 2019 | 394 | 4,6% | 0,96 |
| F80-F83, F88, F89 | 2018 | 96 | 1,2% | 0,23 |
| | 2019 | 80 | 0,9% | 0,20 |
| F84 | 2018 | 3 484 | 42,2% | 8,48 |
| | 2019 | 3 867 | 45,4% | 9,47 |
| F90-F99 | 2018 | 2 625 | 31,8% | 6,39 |
| | 2019 | 2 337 | 27,4% | 5,72 |
| **Ogółem** | **2018** | **8 262** | **100,0%** | **20,10** |
| | **2019** | **8 515** | **100,0%** | **20,85** |

Źródło: POW NFZ

Leczenie szpitalne dzieci i młodzieży na terenie województwa zabezpiecza oddział stacjonarny w Centrum Medycznym w Łańcucie Sp. z o.o. Niemniej jednak część pacjentów w tej grupie wiekowej (0-18 lat) korzysta z leczenia w innych podmiotach leczniczych na terenie województwa lub bardziej odległych od miejsca zamieszkania ośrodkach (tabela 15).

**Tabela 15. Świadczenia stacjonarne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielone mieszkańcom woj. podkarpackiego w wieku 0-18 lat w latach 2018-2019 r. wg miejsca realizacji**

| Nazwa świadczeniodawcy | Rok | Liczba pacjentów | Liczba osobodni | Średni pobyt w dniach | Koszt świadczeń w zł |
|---|---|---|---|---|---|
| Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o. | 2018 | 250 | 9 104 | 36,4 | 2 291 867,88 |
| | 2019 | 278 | 9 259 | 33,3 | 2 886 736,40 |
| Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku | 2018 | 1 | 58 | 58,0 | 16 535,68 |
| | 2019 | 1 | 5 | 5,0 | 1 725,75 |
| Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim | 2018 | 1 | 22 | 22,0 | 4 802,05 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | 2018 | 6 | 268 | 44,7 | 65 159,98 |
| | 2019 | 1 | 56 | 56,0 | 14 490,30 |
| Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie | 2018 | 4 | 162 | 40,5 | 37 659,57 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie | 2018 | 4 | 263 | 65,8 | 67 732,86 |
| | 2019 | 5 | 201 | 40,2 | 56 107,50 |
| Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu | 2018 | 2 | 33 | 16,5 | 8 954,15 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi | 2018 | 1 | 68 | 68,0 | 20 914,73 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu | 2018 | 1 | 24 | 24,0 | 6 224,41 |
| | 2019 | 2 | 13 | 6,5 | 3 518,55 |
| Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. | 2018 | 2 | 84 | 42,0 | 20 064,84 |
| | 2019 | 1 | 113 | 113,0 | 46 797,08 |
| Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy | 2018 | 3 | 104 | 34,7 | 25 655,50 |
| | 2019 | 2 | 61 | 30,5 | 15 735,66 |
| Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie | 2018 | 8 | 307 | 38,4 | 87 215,36 |
| | 2019 | 4 | 293 | 73,3 | 87 935,52 |
| Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | 2018 | 8 | 214 | 26,8 | 58 659,12 |
| | 2019 | 4 | 37 | 9,3 | 11 350,37 |
| Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | 2018 | 5 | 251 | 50,2 | 67 711,48 |
| | 2019 | 1 | 79 | 79,0 | 21 687,32 |
| Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego | 2018 | 1 | 14 | 14,0 | 3 669,12 |
| | 2019 | 2 | 50 | 25,0 | 16 415,31 |
| Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu k. Warszawy | 2018 | 6 | 213 | 35,5 | 56 882,88 |
| | 2019 | 1 | 1 | 1,0 | 330,29 |
| Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie | 2018 | - | - | - | - |
| | 2019 | 1 | 12 | 12,0 | 4 042,73 |
| Uzdrowisko Konstancin-Zdrój Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Konstancinie-Jeziornej | 2018 | - | - | - | - |
| | 2019 | 2 | 65 | 32,5 | 20 220,89 |
| **ŁĄCZNIE** | **2018** | | | | **2 839 709,61** |
| | **2019** | | | | **3 187 093,67** |

Źródło: POW NFZ

**Tabela 16. Świadczenia stacjonarne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielone mieszkańcom woj. podkarpackiego w wieku 0-18 w latach 2018 - 2019 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta.**

| Powiat zamieszkania pacjenta | Rok | Liczba pacjentów | Liczba osobodni | Średni pobyt w dniach | Koszt świadczeń w zł |
|---|---|---|---|---|---|
| bieszczadzki | 2018 | 3 | 149 | 49,7 | 37 437,38 |
| | 2019 | 8 | 374 | 46,8 | 108 557,27 |
| brzozowski | 2018 | 7 | 211 | 30,1 | 56 230,20 |
| | 2019 | 9 | 556 | 61,8 | 186 724,47 |
| dębicki | 2018 | 18 | 684 | 38,0 | 166 099,58 |
| | 2019 | 13 | 411 | 31,6 | 130 862,89 |
| jarosławski | 2018 | 14 | 413 | 29,5 | 106 033,45 |
| | 2019 | 19 | 578 | 30,4 | 176 185,43 |
| jasielski | 2018 | 8 | 347 | 43,4 | 91 094,88 |
| | 2019 | 12 | 333 | 27,8 | 102 466,36 |
| kolbuszowski | 2018 | 2 | 77 | 38,5 | 22 651,01 |
| | 2019 | 8 | 218 | 27,3 | 72 560,69 |
| krośnieński | 2018 | 18 | 678 | 37,7 | 168 785,68 |
| | 2019 | 15 | 580 | 38,7 | 171 802,32 |
| leżajski | 2018 | 9 | 297 | 33,0 | 78 044,35 |
| | 2019 | 11 | 432 | 39,3 | 136 504,15 |
| lubaczowski | 2018 | 4 | 45 | 11,3 | 11 973,31 |
| | 2019 | 8 | 223 | 27,9 | 71 606,90 |
| łańcucki | 2018 | 26 | 1 429 | 55,0 | 356 980,60 |
| | 2019 | 18 | 670 | 37,2 | 203 760,72 |
| mielecki | 2018 | 18 | 700 | 38,9 | 177 539,32 |
| | 2019 | 16 | 461 | 28,8 | 149 259,92 |
| niżański | 2018 | 12 | 554 | 46,2 | 138 433,27 |
| | 2019 | 11 | 230 | 20,9 | 73 645,74 |
| przemyski | 2018 | 8 | 186 | 23,3 | 51 202,50 |
| | 2019 | 8 | 185 | 23,1 | 57 419,44 |
| przeworski | 2018 | 14 | 522 | 37,3 | 137 316,43 |
| | 2019 | 7 | 265 | 37,9 | 81 137,78 |
| ropczycko-sędziszowski | 2018 | 8 | 636 | 79,5 | 151 469,59 |
| | 2019 | 10 | 518 | 51,8 | 137 832,72 |
| rzeszowski | 2018 | 21 | 674 | 32,1 | 169 478,51 |
| | 2019 | 19 | 492 | 25,9 | 162 739,30 |
| sanocki | 2018 | 8 | 243 | 30,4 | 62 428,02 |
| | 2019 | 8 | 308 | 38,5 | 97 809,10 |
| stalowowolski | 2018 | 22 | 732 | 33,3 | 198 161,49 |
| | 2019 | 17 | 660 | 38,8 | 201 416,54 |
| strzyżowski | 2018 | 6 | 199 | 33,2 | 49 456,18 |
| | 2019 | 9 | 559 | 62,1 | 168 943,84 |
| tarnobrzeski | 2018 | 3 | 154 | 51,3 | 40 010,63 |
| | 2019 | 5 | 119 | 23,8 | 37 950,55 |
| leski | 2018 | 3 | 75 | 25,0 | 17 548,88 |
| | 2019 | 3 | 44 | 14,7 | 14 277,38 |
| Krosno | 2018 | 4 | 171 | 42,8 | 37 106,59 |
| | 2019 | 5 | 201 | 40,2 | 60 086,71 |
| Przemyśl | 2018 | 11 | 381 | 34,6 | 98 920,03 |
| | 2019 | 18 | 418 | 23,2 | 135 043,33 |
| Rzeszów | 2018 | 34 | 1 442 | 42,4 | 366 794,96 |
| | 2019 | 36 | 1 230 | 34,2 | 392 492,77 |
| **ŁĄCZNIE** | **2018** | | | | **2 839 709,61** |
| | **2019** | | | | **3 187 093,67** |

Źródło: POW NFZ

Z uwagi na to, że na terenie województwa podkarpackiego brak jest placówek oferujących świadczenia opieki psychiatrycznej w postaci hosteli, pacjenci korzystają z tego typu opieki poza województwem.

**Tabela 17. Świadczenia psychiatryczne w hostelach udzielone mieszkańcom woj. podkarpackiego w wieku 0-18 lat w latach 2018 - 2019 wg miejsca realizacji.**

| Nazwa świadczeniodawcy | Rok | Liczba pacjentów | Liczba osobodni | Średni pobyt w dniach | Koszt świadczeń w zł |
|---|---|---|---|---|---|
| Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu k. Warszawy | 2018 | 2 | 113 | 56,5 | 15 727,37 |
| | 2019 | 1 | 2 | 2,0 | 288,61 |
| Stowarzyszenie Monar Hostel dla Osób Uzależnionych w Kielcach | 2018 | 1 | 23 | 23,0 | 1 530,88 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| **ŁĄCZNIE** | **2018** | | | | **17 258,25** |
| | **2019** | | | | **288,61** |

Źródło: POW NFZ

**Tabela 18. Świadczenia psychiatryczne w hostelach udzielone mieszkańcom woj. podkarpackiego w wieku 0-18 lat w latach 2018 - 2019 wg miejsca zamieszkania pacjenta.**

| Powiat zamieszkania pacjenta | Rok | Liczba pacjentów | Liczba osobodni | Średnia pobyt w dniach | Koszt świadczeń w zł |
|---|---|---|---|---|---|
| dębicki | 2018 | 1 | 73 | 73,0 | 10 404,45 |
| | 2019 | 1 | 2 | 2,0 | 288,61 |
| lubaczowski | 2018 | 1 | 40 | 40,0 | 5 322,92 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| stalowowolski | 2018 | 1 | 23 | 23,0 | 1 530,88 |
| | 2019 | - | - | - | - |
| **ŁĄCZNIE** | **2018** | | | | **17 258,25** |
| | **2019** | | | | **288,61** |

Źródło: POW NFZ

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego opublikowana przez Ministerstwo Zdrowia w styczniu 2017 roku wskazuje, że w 2014 roku wśród dzieci hospitalizowanych z powodu rozpoznania zaburzenia psychicznego 12,8% przebywało na oddziałach psychiatrycznych, zaś 87,2% leczonych było na oddziałach pediatrycznych. To wskazuje, że stacjonarna opieka dla dzieci z problemami zdrowia psychicznego jest prowadzona nie tylko na oddziałach psychiatrycznych, ale często z powodu braku dostępności świadczeń psychiatrycznych w pobliżu miejsca zamieszkania, również w oddziałach pediatrycznych.

## 2.3. Uczniowie i uczennice ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Liczba uczniów i uczennic ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wzrasta w 2016 r. (na koniec września, tj. na początku roku szkolnego 2016/2017) osiągnęła w województwa liczbę 9 277 osób (tabela 19). Najczęściej potrzeby te mają związek z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu

lekkim, ale już po niej – z autyzmem (w tym zespołem Aspergera), którego liczba przypadków przekroczyła 1,5 tysiąca. Należy zaznaczyć, że 1,5 tysiąca dzieci i młodzieży ma problemy z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

**Tabela 19. Uczniowie i uczennice ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE) w województwie podkarpackim.**

| Kategoria specjalnych potrzeb edukacyjnych | w roku szkolnym 2015/2016 | % | w roku szkolnym 2016/2017 | % |
|---|---|---|---|---|
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 2 647 | 30,4% | 2 629 | 28,3% |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym | 1 390 | 15,9% | 1 289 | 13,9% |
| z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera | 1 180 | 13,5% | 1 634 | 17,6% |
| zagrożeni niedostosowaniem społecznym | 149 | 1,7% | 160 | 1,7% |
| niedostosowani społecznie | 61 | 0,7% | 70 | 0,8% |
| zagrożeni uzależnieniem | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| z zaburzeniami zachowania | 5 | 0,1% | 0 | 0,0% |
| z zaburzeniami psychicznymi | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| inne grupy SPE łącznie (niewidzący, słabowidzący, niesłyszący, słabosłyszący, niepełnosprawni ruchowo, z afazją, przewlekle chorzy, niepełnosprawności inne) | 3 288 | 37,7% | 3 495 | 37,7% |
| **Razem** | **8 720** | **100,0%** | **9 277** | **100,0%** |

Źródło: MEN – SIO

Nadrzędnym celem działań terapeutycznych staje się zdrowienie a nie usuwanie objawów zaburzeń psychicznych. Diagnoza i terapia zaburzeń psychicznych uwzględnia jednocześnie aspekt biologiczny, psychologiczny i społeczny.

Ze względu na rodzaj i nasilenie zaburzeń psychicznych, wiek, oraz potrzeby osób z problemami zdrowia psychicznego wyróżnia się następujące ich grupy:

1) **Osoby dorosłe z niepełnosprawnością psychiczną, z doświadczeniem poważnego kryzysu psychicznego**, często psychotycznego, skutkującego pogorszeniem sprawności poznawczych i funkcjonowania społecznego. Osoby potrzebują intensywnej, wielosektorowej opieki psychiatrycznej (ambulatoryjno-środowiskowej, dziennej i całodobowej) z oparciem społecznym i wsparciem w zatrudnieniu.
2) **Osoby z zaburzeniami psychoorganicznymi**, często starsze, które potrzebują długoterminowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej z oparciem społecznym.
3) **Osoby z uzależnieniem od środków odurzających**, którzy wymagają wielorakich form leczenia uzależnienia.
4) **Osoby dorosłe z lekkimi lub umiarkowanymi problemami zdrowia psychicznego**, często adaptacyjne i lękowe, dla których wystarczająca jest pomoc psychologiczna, psychoterapeutyczna, lekarska (farmakoterapia) udzielana w warunkach ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
5) **Osoby z niepełnosprawnością intelektualną, z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego** ze specyficznymi potrzebami edukacyjnymi, wymagającymi w wieku rozwojowym wczesnego wspomagania rozwoju, kształcenia specjalnego, w dorosłości oparcia społecznego i wsparcia w zatrudnieniu.

6) **Osoby z zaburzeniami rozwoju psychicznego**, w tym zaburzeniami mowy, sprawności szkolnych, spektrum autyzmu, ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wymagającymi w wieku rozwojowym wczesnego wsparcia rozwoju, kształcenia specjalnego, pomocy psychologiczno-pedagogicznej, opieki psychiatrycznej, odpowiednio w wieku rozwojowym i w dorosłości. Osoby z rozpoznaniem spektrum autyzmu kwalifikują się do orzeczenia o **niepełnosprawności.**
7) **Dzieci i młodzież z lekkimi i umiarkowanymi problemami emocjonalnymi i behawioralnymi**, którzy potrzebują pomocy pedagogicznej, psychologicznej lub lekarskiej udzielanej w warunkach ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
8) **Dzieci i młodzież z umiarkowanymi i ciężkimi problemami emocji i zachowania**, które potrzebują intensywnej, zróżnicowanej opieki psychiatrycznej (ambulatoryjno-środowiskowej, dziennej i całodobowej), z pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub całodobowym pobytem w placówkach MOW i MOS, oraz innego oparcia społecznego.
9) **Osoby z podwójną diagnozą,** u których współwystępują zaburzenia psychiczne psychotyczne, afektywne, lękowe i inne z uzależnieniem od środków odurzających.
10) **Rodziny i najbliższe otoczenie osób z zaburzeniami psychicznymi** są objęci wsparciem i jednocześnie uczestniczą we wspieraniu rozwoju i budowaniu oparcia społecznego.

## 2.4. Samobójstwa w statystykach Policji.

Coraz poważniejszym problemem społecznym są samobójstwa. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że łączna liczba samobójstw zakończonych zgonem w 2019 r wyniosła 5 255, w tym 4 449 mężczyzn oraz 756 kobiet. Najwięcej tego typu zdarzeń odnotowano wśród osób w grupie wiekowej 35-49 lat – 1 426 oraz wśród osób w wieku 50-64 lat – 1 375.

Natomiast z danych statystycznych Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie wynika, że w 2019 roku na terenie województwa podkarpackiego wystąpiło 235 zdarzeń samobójczych zakończonych zgonem.

Podobnie jak w Polsce, najwyższą liczbę zgonów spowodowanych zamachami samobójczymi obserwuje się wśród osób w wieku 35-49 lat – 67 osób, oraz w przedziale 50-64 lata – 72 osoby. Tendencja ta utrzymuje się na przestrzeni ostatnich 5 lat. Wśród osób podejmujących próby samobójcze znaczną liczbę stanowią osoby leczone z powodu chorób i zaburzeń psychicznych.

**Tabela 20. Zamachy samobójcze zakończone zgonem w województwie podkarpackim**

| Rok | Zgony ogółem | Grupy wiekowe | | | | | Kobiety | Mężczyźni | W tym osoby leczone psychiatrycznie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 13-18 | 19-34 | 35-49 | 50-64 | 65+ | | | |
| 2014 | 273 | 9 | 55 | 71 | 89 | 49 | 37 | 236 | 113 |
| 2015 | 267 | 9 | 53 | 67 | 86 | 52 | 44 | 223 | 163 |
| 2016 | 239 | 3 | 37 | 60 | 86 | 53 | 17 | 222 | 115 |
| 2017 | 285 | 4 | 63 | 68 | 103 | 47 | 36 | 249 | 80 |
| 2018 | 273 | 5 | 62 | 69 | 89 | 48 | 34 | 239 | 81 |
| 2019 | 235 | 6 | 50 | 67 | 72 | 40 | 31 | 204 | 48 |

Źródło: Komenda Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie

Dane uzyskane w badaniu „*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*" są znacznie bardziej niepokojące niż statystyki Policji. Badanie to wykazało, że 0,7% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą.

Z analizy powyższych danych wynika, że spośród ogółu dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi około 30% z nich (szacunkowo 25 tyś. w województwie podkarpackim) doświadcza poważnych kryzysów psychicznych i przewlekłych trudności w radzeniu sobie w codziennym funkcjonowaniu i sytuacjach społecznych. Potrzebują oni intensywnej, wielodyscyplinarnej, wielosektorowej opieki psychiatrycznej z oparciem społecznym, wspomaganiem w nauce lub w zatrudnieniu.
Zjawisko samobójstwa spostrzegane jest dziś powszechnie jako poważny problem społeczny, w związku z powyższym konieczne jest zaplanowanie oraz wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych na poziomie krajowym jak i regionalnym.

## Rozdział 3. Baza ochrony zdrowia w psychiatrii w województwie podkarpackim

### 3.1.Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim w kontekście potrzeb zdrowotnych.

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie tworzą publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze realizujące opiekę psychiatryczną w formie ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej stacjonarnej, opiekuńczo-leczniczej, które są adresowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z uzależnieniami od alkoholu i innych środków psychoaktywnych.
Z danych POW NFZ wynika że w 2019 r. w województwie podkarpackim w ramach kontraktu funkcjonowały następujące podmioty lecznicze:

1) szpitale psychiatryczne – 2
2) oddziały psychiatryczne ogólne w szpitalach wielospecjalistycznych -5,
3) oddziały psychiatryczny dla dzieci i młodzieży – 1,
4) oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych - 14
5) oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży – 3,
6) poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych – 47,
7) zespoły leczenia środowiskowego dla dorosłych – 8,
8) poradnie zdrowia psychicznego – dla dzieci i młodzieży – 4,
9) ośrodki terapii uzależnień– 8,
10) poradnie leczenia uzależnień – 17,
11) poradnie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych – 2.

**Stacjonarna opieka psychiatryczna** jest aktualnie prowadzona przez dwa monospecjalistyczne szpitale psychiatryczne: Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. A. Kępińskiego w Jarosławiu i Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im .prof. E. Brzezickiego w Żurawicy. W analizowanym roku dysponowały one 754 łóżkami (o 6,2% więcej niż w końcu 2014 r.).
W 2019 r. szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 12 oddziałach psychiatrycznych i 5 oddziałach terapii uzależnień (odwykowych). W oddziałach tych dostępnych było 567 łóżek (2016 r. – 547 łóżek), z czego 128 znajdowało się na oddziałach terapii uzależnień (2016 r. – 108 łóżek). Łącznie na obu typach oddziałów leczyło się ok. 8 tys. pacjentów (o 9,7% więcej niż w roku poprzednim i o 8,7% więcej niż w 2014 r.).
Oprócz wymienionych powyżej placówek zajmujących się opieką psychiatryczną i terapią uzależnień, na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowały 3 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego. Dysponowały one 70 łóżkami, z których skorzystało 0,6 tys. osób (podobnie jak w 2016 r.).

**Dzienna opieka psychiatryczna** jest względnie równomiernie umiejscowiona, chociaż łącznie 19 oddziałów dziennych (z czego 2 to dzienne oddziały leczenia nerwic) nie zaspokajają w pełni potrzeb zdrowotnych w tym zakresie. Należy dążyć do tego, aby w każdym powiecie funkcjonował co najmniej jeden dzienny oddział psychiatryczny przy poradni zdrowia psychicznego.

**Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne** dla dorosłych w poradniach zdrowia psychicznego są dostępne w każdym powiecie województwa podkarpackiego. Największa liczba poradni koncentrowała się w Rzeszowie, gdyż mieszkańcy Rzeszowa stanowią około 8,75 % ogólnej populacji mieszkańców województwa podkarpackiego, również osoby chore z terenu województwa poszukują pomocy w pomiotach leczniczych funkcjonujących w stolicy województwa. Z powyższego wynika, że ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne są mniej dostępne dla pacjentów mieszkających poza Rzeszowem.

**Opieka długoterminowa** świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. Na koniec 2019 r. na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowały jedynie 3 zakłady opiekuńczo-lecznicze typu psychiatrycznego.

**Środowiskowa opieka psychiatryczna dla dorosłych** jest rozmieszczona nierównomierne i brakuje jej na większości obszaru województwa podkarpackiego. Poza pilotażowymi Centrami Zdrowia Psychicznego w Tarnobrzegu i powiatach: tarnobrzeskim, kolbuszowskim, jarosławskim i lubaczowskim zespoły leczenia środowiskowego (ZLŚ) funkcjonują w Rzeszowie, Przemyślu i Przeworsku i dotyczą chorych z terenów otaczających te miasta. Środowiskowa opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży nie funkcjonuje. Należy jednak zaznaczyć, że wizyty środowiskowe (leczenie domowe) są zawarte w zestawie świadczeń poradni zdrowia psychicznego.W standardach Narodowego Funduszu Zdrowia określono, że opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego (leczenie domowe) mogą być objęte osoby z rozpoznaniem F0* - zaburzeń psychoorganicznych, F2* - schizofrenia, F3* - zaburzenia afektywne, F84 - autyzm. Są to często osoby z ciężkimi i przewlekłymi problemami zdrowia psychicznego. Do nich głównie adresowane są środowiskowe formy opieki psychiatrycznej i oparcia społecznego.
W związku z powyższym można przyjąć, że podstawowe warunki do rozwoju opieki środowiskowej w województwie podkarpackim już istnieją. Barierą rozwoju środowiskowej opieki psychiatrycznej są przepisy dotyczące organizacji i finansowania świadczeń psychiatrycznych.
Nadzieją na jej rozwój jest aktualnie rozwijany program pilotażowyw centrach zdrowia psychicznego, który służy testowaniu nowych rozwiązań w opiece psychiatrycznej oraz sposobu jej finansowania.

**Tabela 21. Pacjenci korzystający z dostępnych form opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim w 2018 r.**

| Forma opieki | Liczba pacjentów z rozpoznaniem: | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Łącznie F0*,F2*,F3*,F84 | | F00-F09 | | F20-F29 | | F30-F39 | | F84 | |
| poradnia zdrowia psychicznego | 42371 | 100,0% | 12 568 | 100,0% | 10 212 | 100,0% | 19 391 | 100,0% | 181 | 100,0% |
| zespół leczenia środowiskowego | 636 | 1,5% | 255 | 2,0% | 257 | 2,5% | 123 | 0,6% | 1 | 0,6% |
| o/dzienny | 935 | 2,2% | 236 | 1,9% | 324 | 3,2% | 370 | 1,9% | 0 | 0,0% |
| o/całodobowy | 4047 | 9,6% | 1 325 | 10,5% | 1 766 | 17,3% | 955 | 4,9% | 1 | 0,6% |

Źródło: POW NFZ 2018 r.

Powyższa tabela obrazuje liczbę pacjentów w wybranych czterech grupach rozpoznań, które są wskazane do opieki w Zespole Leczenia Środowiskowego (tożsame z opieką czynną). Z danych wynika, że zaledwie 3,7% pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi jest objętych opieką środowiskową lub dzienną. Zgodnie z literaturą przedmiotu, wszyscy pacjenci z rozpoznaniem ciężkich zaburzeń psychicznych mający trudności z funkcjonowaniem społecznym wymagają, oprócz farmakoterapii, wsparcia psychospołecznego. W województwie podkarpackim, podobnie jak w całej Polsce, tak się nie dzieje. Dane wskazują na to, że nadal powszechne jest zjawisko „drzwi obrotowych" w opiece psychiatrycznej. W kryzysie psychicznym pacjenci są hospitalizowani, a potem przy wypisie odsyłani do poradni zdrowia psychicznego, gdzie często leczenie sprowadza się do farmakoterapii. Około połowa pacjentów przerywa zażywanie leków psychotropowych, co przyspiesza nawrót choroby i konieczność ponownej hospitalizacji. Członkowie rodzin wikłają się w kontrolę zażywania leków. Dom rodzinny zamienia się w quasi „oddział psychiatryczny". Pacjenci stają się trwale niepełnosprawni psychicznie i społecznie, zaś ich bliscy doświadczają wypalenia.

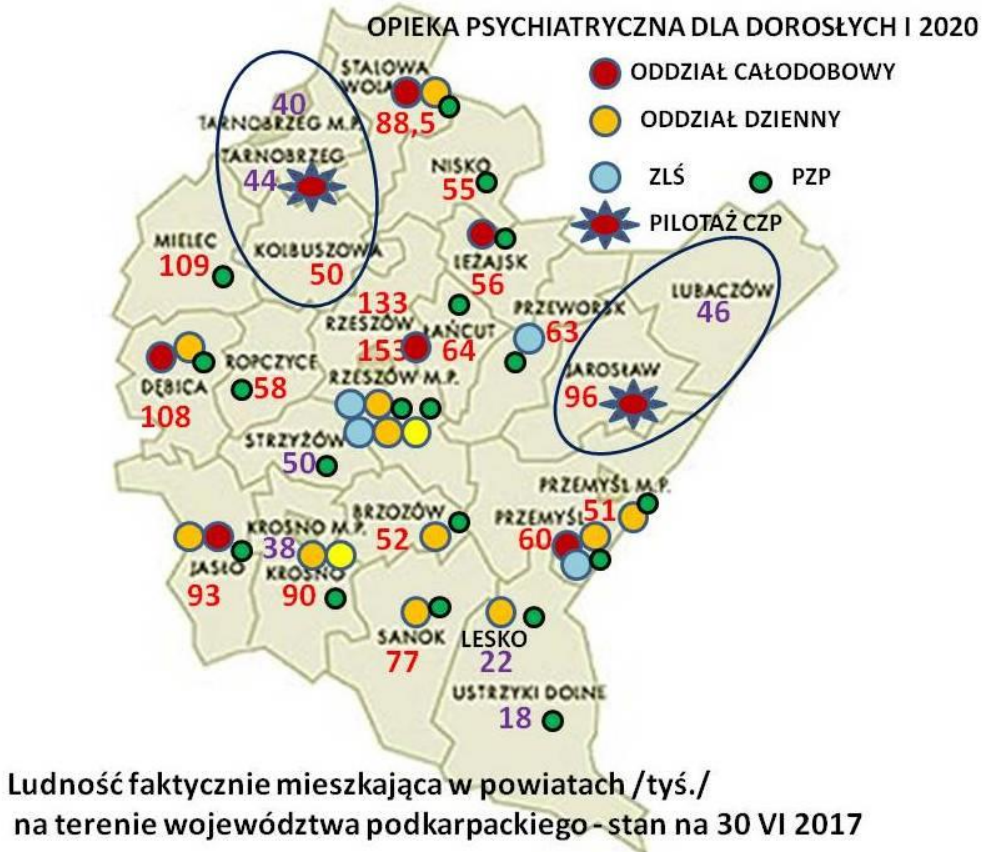
W tabeli 22 zostały uwzględnione wszystkie formy opieki (wg. NFZ – produkty), które funkcjonują w ramach dwóch programów pilotażowych CZP (Jarosław, Nowa Dęba) i są finansowane przez NFZ (kompleksowo i ryczałtowo).

**Tabela 22. Liczba zawartych przez NFZ umów z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie podkarpackim w latach 2018-2019**

| Typ świadczeń | Produkt kontraktowy | Liczba umów | |
|---|---|---|---|
| | | 2018 | 2019 |
| Ambulatoryjno-środowiskowa opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych | 39 | 39 |
| | świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży | 7 | 6 |
| | leczenie nerwic | 3 | 3 |
| | świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju | 5 | 6 |
| | leczenie uzależnień | 14 | 14 |
| | świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży | 2 | 2 |
| | świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu | 11 | 11 |
| | świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol | 5 | 5 |
| | świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia | 1 | 1 |
| | program terapii zaburzeń preferencji seksualnych | 1 | 1 |
| | świadczenia psychologiczne | 8 | 8 |
| | leczenie środowiskowe (domowe) | 5 | 5 |
| | świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w CZP | 2 | 2 |
| | leczenie środowiskowe (domowe) w CZP | 2 | 2 |
| Dzienna opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych | 10 | 11 |
| | świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży | 3 | 2 |
| | świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych | 1 | 1 |
| | świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne | 1 | 1 |
| | świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych | 2 | 2 |
| | świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | 1 | 1 |
| | świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu | 5 | 5 |
| | świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych w CZP | 2 | 2 |
| Stacjonarna opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | świadczenia psychiatryczne dla dorosłych | 6 | 6 |
| | świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży | 1 | 1 |
| | świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | 1 | 1 |
| | świadczenia psychogeriatryczne | 2 | 2 |
| | świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia | 1 | 1 |
| | świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia | 2 | 2 |
| | leczenie uzależnień stacjonarne | 3 | 3 |
| | leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) | 2 | 2 |
| | świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne | 4 | 4 |
| | świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy) | 2 | 2 |
| | świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w CZP | 2 | 2 |
| Długoterminowa opieka psychiatryczna | świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych | 3 | 3 |
| Centrum zdrowia psychicznego | świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w CZP | 2 | 2 |

Źródło: POW NFZ

**Mapa 1. Lokalizacja różnych form opieki psychiatrycznej dla dorosłych (bez leczenia uzależnień) w województwie podkarpackim w styczniu 2020 roku (opracowanie własne)**




Graficzne przedstawienie rozmieszczenia dostępnych na terenie województwa podkarpackiego form opieki psychiatrycznej wskazuje na jej koncentrację w centralnej części województwa oraz wokół szpitali psychiatrycznych. Jednocześnie obrazuje brak opieki środowiskowej w znacznej części województwa.

## 3.2.Zasoby kadrowe w opiece psychiatrycznej

**Tabela 23. Specjaliści i pracownicy medyczni w opiece psychiatrycznej.**

| Rok | Lekarze ze specjalizacją w psychiatrii | Lekarze ze specjalizacją w psychiatrii dzieci i młodzieży | Pielęgniarki ze specjalizacją psychiatryczną | Psycholodzy | Terapeuci zajęciowi | w tym z wyższym wykształceniem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2012 | 114 | 5 | 29 | 239 | 108 | 39 |
| 2013 | 115 | 6 | 25 | 251 | 125 | 45 |
| 2014 | 118 | 6 | 26 | 268 | 122 | 64 |
| 2015 | 121 | 6 | 20 | 281 | 113 | 50 |
| 2016 | 120 | 8 | 48 | 295 | 173 | 69 |
| 2017 | 122 | 5 | 71 | 301 | 197 | 75 |
| 2018 | 126 | 6 | 70 | 304 | 199 | 63 |
| 2019 | 126 | 6 | 137 | 302 | 174 | 52 |

Źródło: Bank Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego

W 2019 r. na terenie województwa aktywnych zawodowo było 126 lekarzy psychiatrów i 302 psychologów udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej. Duży odsetek lekarzy psychiatrów i psychologów prowadzi działalność w ramach indywidualnych specjalistycznych praktyk, co w dużej mierze skutkuje niedoborami lekarzy specjalistów i psychologów w publicznych podmiotach leczniczych. Wg wytycznych, na które powołuje się Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, na każde 10 tys. mieszkańców powinien przypadać 1 lekarz specjalista psychiatrii, co stanowiłoby w województwie podkarpackim liczbę docelową 210 lekarzy. Z ostatnich danych (czerwiec 2020 r.) Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie i Krakowie wynika, że na terenie województwa podkarpackiego zrejestrowanych jest 196 lekarzy psychiatrów oraz 8 lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.
Aktualny stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej jest niewystarczający i rzutuje na możliwości rozwoju opieki psychiatrycznej w najbliższych latach. Niedobór kadry specjalistów w opiece psychiatrycznej może utrudnić upowszechnienie w województwie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Nadzieje budzi fakt, iż 42 lekarzy jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii oraz 8 lekarzy – z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży (informacja Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie z czerwca 2020 r.).
Z danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że w Polsce jest nieco ponad 4,2 tys. lekarzy psychiatrów. Na 100 tys. osób przypada 8,75 lekarzy, gorzej jest tylko na Malcie (8,5) i w Bułgarii (8,07). Dla porównania w Niemczech to 26,4, w Finlandii 24,47, a we Francji na 100 tys. mieszkańców przypada nieco ponad 22 psychiatrów. Dużym problemem jest zwłaszcza zbyt mała liczba lekarzy specjalizujących się w psychiatrii dziecięcej – z danych Sieci Obywatelskiej Watchdog wynika, że na 7 mln dzieci przypada ok. 400 lekarzy ww. specjalności.

## 3.3. Zasoby pomocy społecznej

W ramach systemu pomocy i integracji społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą korzystać z usług takich instytucji, jak: mieszkania chronione, domy pomocy społecznej (DPS), środowiskowe domy samopomocy (ŚDS).

Szczegółowe spojrzenie na to zagadnienie możliwe jest dzięki danym prezentowanym przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Rzeszowie OPS w Rzeszowie, dotyczących wszystkich ośrodków wsparcia oraz innych placówek pomocy społecznej świadczących pomoc instytucjonalną na Podkarpaciu. Dane te odnoszą się do struktury organizacyjnej pomocy społecznej w regionie z punktu widzenia beneficjentów tej pomocy.

W województwie podkarpackim działa 160 ośrodków pomocy społecznej oraz 21 powiatowych centrów pomocy rodzinie, dodatkowo w stolicach podregionów funkcje powiatowych centrów pomocy rodzinie pełnią miejskie ośrodki pomocy społecznej lub miejskie ośrodki pomocy rodzinie. W 2019 r. w województwie funkcjonowało 187 ośrodków wsparcia, w tym: środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy, kluby samopomocy, noclegownie, schroniska dla osób bezdomnych (w tym schroniska z usługami opiekuńczymi), ogrzewalnie, a także inne placówki świadczące pomoc instytucjonalną. Wśród tych placówek przeważają podmioty prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, jednakże proporcje w tym zakresie układają się bardzo różnie, w zależności od rodzaju placówki pomocy społecznej, np.: noclegownie, schroniska i domy dla bezdomnych są prowadzone wyłącznie przez inne, niż JST, podmioty.

**Tabela 24. Placówki pomocy społecznej świadczące pomoc instytucjonalną w województwie podkarpackim w 2017 r.**

| Typ placówki | Liczba placówek |
|---|---|
| **Ogółem placówki pomocy społecznej (ŚDS DDP, noclegownie, schroniska, ogrzewalnie)** | **152** |
| w tym: | |
| DPS | 49 |
| środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) | 67 |
| dzienne domy pomocy (DDP) | 20 |
| noclegownie, schroniska i domy dla bezdomnych oraz ogrzewalnie | 15 |
| kluby samopomocy | 3 |
| mieszkania chronione | 30 |
| ośrodki interwencji kryzysowej (OIK) | 17 |
| jednostki specjalistycznego poradnictwa | 12 |
| placówki wsparcia dziennego | 124 |
| placówki opiekuńczo-wychowawcze | 40 |
| centra integracji społecznej (CIS) | 10 |
| kluby integracji społecznej (KIS) | 10 |
| warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) | 35 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ROPS w Rzeszowie

**Tabela 25. Liczba jednostek organizacyjnych pomocy społecznej ze względu na instytucję prowadzącą w roku 2019**

| Jednostka | Podmiot prowadzący – liczba jednostek | | |
|---|---|---|---|
| | inny | gmina | powiat |
| Dom pomocy społecznej | 17 | 3 | 30 |
| Jednostki specjalistycznego poradnictwa | 0 | 2 | 3 |
| Kluby integracji społecznej | 0 | 8 | 0 |
| Mieszkania chronione | 1 | 18 | 11 |
| Ośrodki interwencji kryzysowej | 2 | 0 | 13 |
| Ośrodki wsparcia | 58 | 119 | 10 |
| Rodzinne domy pomocy | 0 | 0 | 0 |

Źródło: ROPS w Rzeszowie, Ocena zasobów pomocy społecznej za rok 2019

**Tabela 26. Zasoby wszystkich instytucji wsparcia pomocy społecznej w województwie podkarpackim w latach 2018-2019**.

| Zasoby ośrodków wsparcia - liczba miejsc | Potrzeby – rok po ocenie 2018 r. | 2019 r. |
|---|---|---|
| liczba miejsc w placówkach ogółem | 5850 | 6010 |
| liczba osób korzystających | 9652 | 9788 |
| liczba osób oczekujących (stan na koniec roku poprzedniego) | 271 | 250 |
| liczba decyzji odmownych | 0 | 0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ROPS w Rzeszowie

W 2017 r. łącznie w DPS-ach w województwie podkarpackim przebywało 5 247 podopiecznych, z czego co trzeci cierpiał na przewlekłą chorobę psychiczną, a około co piąty był w podeszłym wieku.

**Tabela 27. Mieszkańcy domów pomocy społecznej w województwie podkarpackim w latach 2014-2017 [%]**

| Mieszkańcy DPS-ów | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|---|
| osoby przewlekle psychicznie chore | 33,1 | 33,1 | 32,6 | 33,7 |
| osoby niepełnosprawne intelektualnie | 17,4 | 17,3 | 17,2 | 15,7 |
| osoby niepełnosprawne fizycznie | 2,1 | 2,2 | 2,3 | 2,3 |
| osoby bezdomne | 14,4 | 13,9 | 13,9 | 13,0 |
| osoby w podeszłym wieku | 20,3 | 20,2 | 21,9 | 22,0 |
| osoby przewlekle somatycznie chore | 12,7 | 13,3 | 12,0 | 13,3 |

Źródło: opracowanie własne

Środowiskowe usługi społeczne, dedykowane są osobom z różnego rodzaju schorzeniami, dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.Są to:

1) **środowiskowe domy samopomocy** – placówki pobytu dziennego wspierające osoby chorujące psychicznie, z niepełnosprawnością intelektualną, z autyzmem, a także osoby z chorobą Alzheimera. Pomoc świadczona w tych ośrodkach ma na celu utrzymanie osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałanie instytucjonalizacji, tj. umieszczaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi w placówce całodobowej opieki,
2) **kluby samopomocy** – to formy opieki skierowane do osób o różnych potrzebach, wynikających z przebytych chorób, np.: osoby po przebytym udarze czy z postępującą chorobą Alzheimera oraz ich opiekunowie potrzebujący wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
3) **mieszkania chronione** – to lokale mieszkalne, których warunki mają za zadanie przygotować osoby w nich mieszkające do prowadzenia samodzielnego życia, uczestnictwa w życiu społecznym i ułatwić integrację społeczną, mogą być wsparciem zastępującym pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Funkcjonowanie osoby skierowanej do mieszkania chronionego nadzorują specjaliści z różnych dziedzin: pracownik socjalny, psycholog, terapeuta, asystent osoby niepełnosprawnejoraz inni opiekunowie.

Poniżej przedstawione tabele obrazują możliwości zróżnicowanych form pomocy osobom w stanach chorobowych ze względu na wiek oraz zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze z uwagi na występujący deficyt intelektualny. Jednocześnie dane te wskazują, że upowszechnienie środowiskowej opieki psychiatrycznej wymaga poszerzenia instytucjonalnego i kadrowego tych form opieki. W szczególności dotyczy to mieszkań chronionych i wspomaganych na terenie Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego, które są całkowicie takiej formy opieki pozbawione.

**Tabela 28. Placówki oparcia społecznego dedykowane osobom z zaburzeniami psychicznymi w województwie podkarpackim w 2017 r.**

| | Środowiskowe domy samopomocy | | Kluby samopomocy | | Mieszkania chronione | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Powiat** | Liczba jednostek | Osoby korzystające | Liczba jednostek | Osoby korzystające | Liczba jednostek | Osoby korzystające |
| bieszczadzki | 1 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| brzozowski | 4 | 114 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dębicki | 2 | 89 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| jarosławski | 3 | 111 | 0 | 0 | 1 | 9 |
| jasielski | 3 | 105 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| kolbuszowski | 3 | 141 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| krośnieński | 3 | 108 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| leski | 2 | 78 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| leżajski | 3 | 133 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| lubaczowski | 4 | 136 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| łańcucki | 1 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| mielecki | 3 | 133 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| niżański | 2 | 68 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| przemyski | 2 | 72 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| przeworski | 4 | 146 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ropczycko-sędziszowski | 2 | 103 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| rzeszowski | 9 | 320 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| sanocki | 2 | 79 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| stalowowolski | 4 | 169 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| strzyżowski | 2 | 85 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| tarnobrzeski | 3 | 126 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| m. Krosno | 2 | 82 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| m. Przemyśl | 1 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| m. Rzeszów | 1 | 59 | 1 | 40 | 0 | 0 |
| m. Tarnobrzeg | 1 | 63 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **woj. podkarpackie** | **67** | **2688** | **1** | **40** | **1** | **9** |

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

**Tabela 29. Specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO) w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2017 r.**

| Powiat | Liczba osób, którym przyznano decyzją świadczenie | Liczba świadczeń | Kwota świadczeń (w zł) | Liczba rodzin | Liczba osób w rodzinach |
|---|---|---|---|---|---|
| bieszczadzki | 12 | 3 344 | 83 098,00 | 12 | 44 |
| brzozowski | 26 | 9 614 | 193 187,00 | 25 | 90 |
| dębicki | 165 | 53 386 | 1 279 522,00 | 162 | 509 |
| jarosławski | 108 | 39 630 | 910 016,00 | 104 | 337 |
| jasielski | 78 | 27 578 | 563 758,00 | 72 | 176 |
| kolbuszowski | 31 | 7 245 | 161 914,00 | 30 | 136 |
| krośnieński | 79 | 28 898 | 643 749,00 | 78 | 248 |
| leski | 10 | 2 745 | 65 187,00 | 10 | 35 |
| leżajski | 22 | 10 035 | 214 515,00 | 22 | 75 |
| lubaczowski | 63 | 30 708 | 553 830,00 | 57 | 244 |
| łańcucki | 61 | 14 120 | 359 586,00 | 57 | 170 |
| mielecki | 116 | 40 196 | 1 026 910,00 | 109 | 405 |
| niżański | 67 | 22 742 | 454 344,00 | 65 | 151 |
| przemyski | 23 | 7 482 | 153 952,00 | 23 | 88 |
| przeworski | 50 | 16 346 | 359 926,00 | 47 | 195 |
| ropczycko-sędziszowski | 46 | 10 757 | 247 381,00 | 44 | 174 |
| rzeszowski | 122 | 36 960 | 828 913,00 | 119 | 465 |
| sanocki | 132 | 45 799 | 781 256,00 | 126 | 328 |
| stalowowolski | 88 | 21 053 | 559 249,00 | 84 | 210 |
| strzyżowski | 36 | 10 140 | 210 572,00 | 31 | 137 |
| tarnobrzeski | 60 | 18 553 | 371 792,00 | 57 | 174 |
| Krosno | 65 | 30 700 | 618 464,00 | 65 | 132 |
| Przemyśl | 43 | 18 307 | 414 425,00 | 43 | 102 |
| Rzeszów | 107 | 22 257 | 787 090,00 | 101 | 297 |
| Tarnobrzeg | 36 | 8 469 | 181 424,00 | 36 | 108 |
| **Ogółem:** | **1 646** | **537 064** | **12 024 060,00** | **1 579** | **5 030** |

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

**Tabela 30. Uczestnicy Środowiskowych Domów Samopomocy (ŚDS) w powiatach województwa podkarpackiegow 2017 r.(wg typów schorzeń).**

| Powiat | Typ A | Typ B | Typ C | Razem |
|---|---|---|---|---|
| | Osoby po kryzysach psychicznych, z niepełnosprawnością psychiczną | Osoby z niepełnosprawnością intelektualną | Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną | |
| bieszczadzki | 11 | 38 | 30 | 79 |
| brzozowski | 49 | 66 | 25 | 140 |
| dębicki | 20 | 39 | 23 | 82 |
| jarosławski | 14 | 50 | 2 | 66 |
| jasielski | 34 | 56 | 7 | 97 |
| kolbuszowski | 41 | 76 | 16 | 133 |
| Krosno | 16 | 42 | 16 | 74 |
| krośnieński | 5 | 89 | 6 | 100 |
| leżajski | 68 | 94 | 10 | 172 |
| lubaczowski | 29 | 71 | 29 | 129 |
| łańcucki | 28 | 48 | 0 | 76 |
| mielecki | 61 | 142 | 1 | 204 |
| niżański | 33 | 33 | 2 | 68 |
| przemyski | 11 | 40 | 21 | 72 |
| Przemyśl | 10 | 29 | 10 | 49 |
| przeworski | 40 | 116 | 34 | 190 |
| ropczycko-sędziszowski | 29 | 55 | 8 | 92 |
| rzeszowski | 85 | 192 | 32 | 309 |
| Rzeszów | 13 | 42 | 0 | 55 |
| sanocki | 30 | 95 | 3 | 128 |
| stalowowolski | 74 | **72** | 14 | 160 |
| strzyżowski | 39 | 31 | 13 | 83 |
| Tarnobrzeg | 31 | 9 | 17 | 57 |
| tarnobrzeski | 55 | 81 | 36 | 172 |
| **woj. podkarpackie** | **826** | **1606** | **355** | **2787** |
| **Struktura %** | **29,6%** | **57,6%** | **12,7%** | **100,0%** |

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

**Domy Pomocy Społecznej** świadczą usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności. W 2019 roku w woj.podkarpackim funkcjonowało 19 Domów Pomocy Społecznej, które dysponują łącznie 2 243 miejscami pobytu dla osób przewlekle chorych psychicznie jak i niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i dorosłych.

## 3.4. Zasoby aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi

Integrację społeczno – zawodową oferują zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) czy zakłady pracy chronionej. Instytucje zajmujące się wsparciem integracji zawodowej osób niepełnosprawnych obejmują również osoby z zaburzeniami psychicznymi – jeśli posiadają one orzeczony stopień niepełnosprawności. Jednocześnie trudno ustalić ostateczna liczbę osób objętych takim wsparciem, gdyż brakuje opublikowanych danych na ten temat. Jedną z form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są specjalistyczne usługi opiekuńcze kierowane do osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

### Warsztaty terapii zajęciowej

Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ) stanowią wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę, stwarzającą osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności, niezbędnych do podjęcia zatrudnienia.

Z danych uzyskanych z PFRON Oddział w Rzeszowie wynika, że w woj. podkarpackim funkcjonuje 35 Warsztatów Terapii Zajęciowej, z których wsparcia w 2018 roku skorzystało 1 713 uczestników.
Najwięcej WTZ funkcjonuje w Przemyślu oraz w powiatach dębickim i stalowowolskim (po 3 podmioty), 6 powiatów ma zarejestrowanych po 2 podmioty. Jednocześnie nie ma w województwie podkarpackim powiatu, w którym nie funkcjonowałby WTZ. Organizatorem większości placówek są organizacje pozarządowe (w tym społeczne podmioty wyznaniowe), jedynie 7 podmiotów prowadzonych jest przez jednostki samorządu terytorialnego.

**Tabela 31. Uczestnicy Warsztatów Terapii Zajęciowej w powiatach (ogólnie, bez danych o grupach niepełnosprawności**)

| Powiat | Liczba uczestników WTZ |
|---|---|
| bieszczadzki | 40 |
| brzozowski | 93 |
| dębicki | 165 |
| jarosławski | 50 |
| jasielski | 55 |
| kolbuszowski | 55 |
| krośnieński | 41 |
| leski | 55 |
| leżajski | 55 |
| lubaczowski | 39 |
| łańcucki | 80 |
| mielecki | 55 |
| niżański | 65 |
| przemyski | 50 |
| przeworski | 90 |
| ropczycko-sędziszowski | 35 |
| rzeszowski | 45 |
| sanocki | 40 |
| stalowowolski | 135 |
| strzyżowski | 45 |
| tarnobrzeski | 75 |
| Krosno | 45 |
| Przemyśl | 105 |
| Rzeszów | 90 |
| Tarnobrzeg | 110 |
| **woj.podkarpackie** | **1 713** |

Źródło: PFRON Rzeszów na dzień 31.12.2018 r.

**Zakłady Aktywności Zawodowej**

Zakład Aktywności Zawodowej (ZAZ) jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostką tworzoną w celu zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną.
Podmiotami uprawnionymi do utworzenia zakładu aktywności zawodowej są powiat, gmina, fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych.
W województwie podkarpackim w 2019 r. działało 13 Zakładów Aktywności Zawodowej, z czego jeden powołany został przez jednostkę samorządu terytorialnego (Gminny Zakład Aktywności Zawodowej w Maliniu), natomiast pozostałe powołane zostały przez stowarzyszenia oraz fundacje i zlokalizowane są w Rzeszowie (2), Krośnie (2), Starych Oleszycach, Woli Żyrakowskiej, Woli Rafałowskiej, Woli Dalszej, Rymanowie Zdroju, Nowej Sarzynie oraz Jarosławiu i Budach Głogowskich (po 1 ZAZ).
Według stanu na dzień 30 czerwca 2019 roku zakłady aktywności zawodowej zatrudniały łącznie 729 osób niepełnosprawnych, natomiast zgodnie ze stanem na dzień 31 grudnia 2019 r. liczba zatrudnionych wynosiła 738 osób.

**Tabela 32. Zakłady Aktywności Zawodowej w woj. podkarpackim w 2019 r.**

| Lp. | Nazwa | Organizator | Liczba osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi | Liczba osób niepełnosprawnych na koniec II kwartału 2019 r. |
|---|---|---|---|---|
| 1. | ZAZ Rymanów Zdrój | PSONI Koło Rymanów | 52 | 75 |
| 2. | ZAZ Nowa Sarzyna | Stowarzyszenie „Dobry Dom” | 28 | 82 |
| 3. | ZAZ Jarosław | PSONI Koło Jarosław | 45 | 111 |
| 4. | ZAZ Malinie | Gmina Tuszów Narodowy | 14 | 40 |
| 5. | ZAZ Wola Dalsza | Fundacja „Contigo” | 21 | 32 |
| 6. | ZAZ Wola Rafałowska | Towarzystwo Przeciwdziałania Uzależnieniom „Trzeźwa Gmina „ | 24 | 54 |
| 7. | ZAZ Wola Żyrakowska | Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Radość” | 36 | 65 |
| 8. | ZAZ Stare Oleszyce | PSONI Koło Jarosław | 22 | 54 |
| 9. | ZAZ Nr 1 Krosno | PSONI Koło Krosno | 24 | 38 |
| 10. | ZAZ Nr 2 Krosno | PSONI Koło Krosno | 28 | 48 |
| 11. | ZAZ Rzeszów | Polski Związek Organizatorów Zakładów Aktywności Zawodowej i Warsztatów Terapii Zajęciowej | 33 | 66 |
| 12. | ZAZ Rzeszów | Fundacja IN CORPORE | 12 | 34 |
| 13. | ZAZ Budy Głogowskie | Caritas Diecezji Rzeszowskiej | 9 | 30 |
| | | **Ogółem** | **348** | **729** |

Źródło: ROPS w Rzeszowie

## 3.5.Analiza kosztów opieki psychiatrycznej.

Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień jest na poziomie ok. 3% wartości całego kontraktu dla Podkarpacia, co pozostaje niezmienne na przestrzeni ostatnich lat. Jednym z postulatów zgłaszanych przez środowiska związane z tą dziedziną medycyny jest podniesienie udziału procentowego finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w stosunku do wartości całkowitych środków finansowych przeznaczonych do rozdysponowania w poszczególnych rodzajach świadczeń przez POW NFZ.

Opieka psychiatryczna, podobnie jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna i lecznictwo szpitalne w ochronie zdrowia, są finansowane za wykonane świadczenia „fee-for-service" tzn. płatność za usługę. Kontrakty są zawierane z podmiotami leczniczymi, które mają swoje siedziby i prowadzą działalność, tam gdzie jest to dla nich wygodne i opłacalne. Wskutek tego alokacja środków w znacznym stopniu koncentruje się w większych ośrodkach miejskich. Na tej zasadzie dostępność do opieki psychiatrycznej jest nierównomierna, co widać w powyższej tabeli.

Nową formą finansowania opieki psychiatrycznej, wprowadzoną i testowaną od 2018 r. jest stawka kapitacyjna „per capita". Budżet w pilotażowych centrach zdrowia psychicznego zależny jest od liczby mieszkańców powiatu (tzn. obszaru działania CZP). Potrzeby zdrowotne populacji w tym modelu, w zakresie zdrowia psychicznego są rozłożone równomiernie. Jeżeli mieszkańcy danego powiatu korzystają z opieki psychiatrycznej poza przypisanym im CZP, na przykład z powodu subiektywnej oceny, że na miejscu świadczenia są niskiej jakości, to podmiot kontraktujący jest zobowiązany zapłacić za ich wykonanie poza powiatem, w miejscu ich realizacji. Wówczas powstaje mechanizm wymuszający na zarządzających centrami zdrowia psychicznego dążenie do rozwijania form opieki psychiatrycznej na wysokim poziomie medycznym, przekonującym pacjentów i ich rodziny do leczenia na miejscu. Z kolei, gdy środowiskowa opieka psychiatryczna jest kompleksowa i zintegrowana z oparciem społecznym, to zwiększa się wskaźnik zdrowienia i poprawia się jakość życia osób po kryzysie psychicznym. Z punktu widzenia ekonomicznego zmniejszają się koszty opieki stacjonarnej, z uwagi na mniejsze zapotrzebowanie na tę formę opieki psychiatrycznej. Natomiast bardziej dostępne jest leczenie domowe lub opieka dzienna, całodobowa opieka kryzysowa w warunkach hostelowych.

**Tabela 33. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej (bez CZP) w woj. podkarpackim w latach 2018-2019**

| Grupa pacjentów | Rok | Ogółem | Z tego: | |
|---|---|---|---|---|
| | | | świadczenia | leki |
| Dorośli (19+) | 2018 | 140 472851,29 | 103 102 495,88 | 37 370 355,41 |
| | | 100,0% | 73,4% | 26,6% |
| | 2019 | 142 619 356,87 | 103 341 463,91 | 39 277 892,96 |
| | | 100,0% | 72,5% | 27,5% |
| Dzieci i młodzież (0-18 lat) | 2018 | 7 779 427,58 | 7 269 910,70 | 509 516,88 |
| | | 100,0% | 93,5% | 6,5% |
| | 2019 | 8 953 442,27 | 8 438 585,54 | 514 856,73 |
| | | 100,0% | 94,2% | 5,8% |
| **Ogółem** | **2018** | **148 306 224,17** | **110 372 406,58** | **37 933 817,59** |
| | | **100,0%** | **74,4%** | **25,6%** |
| | **2019** | **151 636 876,94** | **111 780 049,45** | **39 856 827,49** |
| | | **100,0%** | **73,7%** | **26,3%** |

Źródło:POW NFZ

W opiece psychiatrycznej koszty farmakoterapii stanowią niemal jedną trzecią wszystkich kosztów leczenia. Wsparcie psychospołeczne osób w kryzysie psychicznym, przywracanie i utrzymywanie ról społecznych, aktywność i uczestnictwo w życiu społecznym w perspektywie wieloletniej wzmacniają zdrowienie i redukują koszty leków.

**Tabela 34. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej w woj. podkarpackim nad dorosłymi pacjentami województwa wg form opieki i miejsca zamieszkania**

| Powiat miejsca zamieszkania pacjenta | Rok | Koszty opieki psychiatrycznej | z tego świadczenia: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ambulatoryjne | dzienne | środowiskowe | stacjonarne | opiekuńczo-lecznicze |
| bieszczadzki | 2018 | 1 176 993,81 | 35,6% | 1,3% | 0,0% | 63,0% | 0,0% |
| | 2019 | 1 142 624,12 | 41,3% | 3,7% | 0,0% | 55,0% | 0,0% |
| brzozowski | 2018 | 2 644 123,31 | 23,7% | 14,5% | 2,6% | 58,8% | 0,4% |
| | 2019 | 2 547 004,80 | 23,7% | 12,9% | 0,0% | 63,4% | 0,0% |
| dębicki | 2018 | 5 397 284,44 | 15,2% | 5,2% | 0,0% | 77,1% | 2,6% |
| | 2019 | 5 512 718,82 | 16,7% | 3,8% | 0,0% | 77,4% | 2,0% |
| jarosławski | 2018 | 8 912 856,23 | 8,5% | 5,6% | 1,8% | 79,6% | 4,5% |
| | 2019 | 5 820 025,13 | 6,6% | 1,5% | 0,0% | 80,9% | 11,0% |
| jasielski | 2018 | 4 100 136,43 | 28,2% | 19,0% | 0,0% | 52,0% | 0,8% |
| | 2019 | 4 339 598,37 | 31,4% | 17,4% | 0,0% | 50,4% | 0,9% |
| kolbuszowski | 2018 | 3 271 137,76 | 23,2% | 13,5% | 0,7% | 58,4% | 4,2% |
| | 2019 | 3 683 058,46 | 22,8% | 13,6% | 1,3% | 60,2% | 2,1% |
| krośnieński | 2018 | 3 719 110,23 | 27,9% | 7,8% | 0,1% | 63,3% | 0,9% |
| | 2019 | 4 036 649,06 | 25,2% | 8,5% | 0,0% | 65,4% | 0,9% |
| leżajski | 2018 | 3 651 268,49 | 24,9% | 0,4% | 0,0% | 74,5% | 0,1% |
| | 2019 | 4 140 827,95 | 24,4% | 0,2% | 0,0% | 75,4% | 0,0% |
| lubaczowski | 2018 | 3 342 910,11 | 14,3% | 0,2% | 0,0% | 78,8% | 6,7% |
| | 2019 | 3 186 312,32 | 15,8% | 0,3% | 0,0% | 74,1% | 9,8% |
| łańcucki | 2018 | 4 160 813,33 | 30,9% | 5,9% | 0,1% | 61,4% | 1,7% |
| | 2019 | 4 111 257,76 | 31,3% | 5,0% | 0,2% | 62,6% | 0,9% |
| mielecki | 2018 | 4 876 152,62 | 32,0% | 5,2% | 0,0% | 57,9% | 4,9% |
| | 2019 | 4 848 068,69 | 28,3% | 4,4% | 0,0% | 61,9% | 5,4% |
| niżański | 2018 | 2 536 274,05 | 22,8% | 3,0% | 0,0% | 70,2% | 4,1% |
| | 2019 | 2 665 733,72 | 22,0% | 3,6% | 0,0% | 74,2% | 0,2% |
| przemyski | 2018 | 4 191 858,48 | 11,9% | 10,0% | 0,8% | 75,6% | 1,6% |
| | 2019 | 4 388 494,86 | 11,9% | 12,6% | 0,7% | 68,6% | 6,3% |
| przeworski | 2018 | 4 560 599,28 | 17,5% | 2,4% | 0,2% | 77,6% | 2,3% |
| | 2019 | 5 135 352,42 | 17,2% | 2,4% | 0,5% | 76,6% | 3,2% |
| ropczycko-sędziszowski | 2018 | 3 205 002,82 | 28,3% | 1,2% | 0,1% | 65,0% | 5,4% |
| | 2019 | 3 156 626,38 | 30,5% | 0,6% | 0,1% | 62,7% | 6,0% |
| rzeszowski | 2018 | 7 151 562,89 | 35,4% | 4,6% | 1,1% | 58,4% | 0,5% |
| | 2019 | 7 337 435,38 | 36,6% | 4,1% | 1,0% | 57,3% | 1,0% |
| sanocki | 2018 | 4 042 078,32 | 25,6% | 9,0% | 0,0% | 65,3% | 0,1% |
| | 2019 | 4 460 880,36 | 22,8% | 10,8% | 0,0% | 65,6% | 0,8% |
| stalowowolski | 2018 | 5 499 367,80 | 17,9% | 6,3% | 0,0% | 75,1% | 0,7% |
| | 2019 | 6 216 595,85 | 15,9% | 7,2% | 0,0% | 75,8% | 1,1% |
| strzyżowski | 2018 | 2 025 643,32 | 32,7% | 3,6% | 0,7% | 63,1% | 0,0% |
| | 2019 | 2 252 509,38 | 31,1% | 4,7% | 0,6% | 63,7% | 0,0% |
| tarnobrzeski | 2018 | 2 860 193,33 | 14,5% | 12,7% | 1,6% | 64,1% | 7,1% |
| | 2019 | 1 383 307,75 | 17,7% | 3,4% | 0,0% | 65,9% | 13,1% |
| leski | 2018 | 1 411 888,43 | 27,2% | 17,8% | 0,0% | 54,6% | 0,3% |
| | 2019 | 1 431 136,11 | 27,4% | 17,5% | 0,0% | 50,5% | 4,6% |
| Krosno | 2018 | 2 142 255,49 | 28,9% | 13,6% | 0,0% | 55,3% | 2,2% |
| | 2019 | 2 083 051,80 | 29,9% | 12,1% | 0,0% | 54,5% | 3,6% |
| Przemyśl | 2018 | 5 149 686,57 | 12,6% | 14,9% | 1,0% | 70,3% | 1,1% |
| | 2019 | 5 654 692,18 | 12,5% | 16,3% | 0,7% | 63,9% | 6,6% |
| Rzeszów | 2018 | 9 805 851,16 | 47,4% | 9,7% | 1,3% | 41,2% | 0,3% |
| | 2019 | 10 927 710,97 | 44,6% | 10,1% | 1,2% | 43,7% | 0,4% |
| Tarnobrzeg | 2018 | 3 267 447,18 | 17,8% | 3,5% | 0,0% | 53,4% | 25,3% |
| | 2019 | 2 879 791,28 | 10,6% | 2,1% | 0,0% | 37,8% | 49,4% |
| **Ogółempodkarpackie** | **2018** | **103 102 495,88** | **24,3%** | **7,5%** | **0,6%** | **64,7%** | **2,9%** |
| | **2019** | **103 341 463,91** | **24,4%** | **7,2%** | **0,4%** | **63,6%** | **4,3%** |

Źródło: POW NFZ - kolorem zaznaczono powiaty, na terenie których od października 2018 trwa pilotaż CZP

**Tabela 35. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej w woj. podkarpackim nad dziećmi i młodzieżą z województwa wg form opieki i miejsca zamieszkania /źródło POW NFZ/.**

| Powiat miejsca zamieszkania pacjenta | Rok | Koszty opieki psychiatrycznej | z tego świadczenia: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ambulatoryjne | dzienne | środowiskowe | stacjonarne | opiekuńczo-lecznicze |
| bieszczadzki | 2018 | 59 015,55 | 36,6% | 0,0% | - | 63,4% | - |
| | 2019 | 135 750,11 | 20,0% | 0,0% | - | 80,0% | - |
| brzozowski | 2018 | 113 485,54 | 49,4% | 1,1% | - | 49,5% | - |
| | 2019 | 202 480,89 | 25,6% | 6,3% | - | 68,1% | - |
| dębicki | 2018 | 255 706,90 | 41,2% | 4,7% | - | 54,1% | - |
| | 2019 | 282 121,77 | 56,9% | 0,0% | - | 43,1% | - |
| jarosławski | 2018 | 406 635,78 | 41,6% | 32,3% | - | 26,1% | - |
| | 2019 | 529 847,29 | 34,9% | 31,9% | - | 33,3% | - |
| jasielski | 2018 | 232 402,92 | 59,4% | 1,4% | - | 39,2% | - |
| | 2019 | 265 540,74 | 66,1% | 0,8% | - | 33,1% | - |
| kolbuszowski | 2018 | 80 417,20 | 59,1% | 12,7% | - | 28,2% | - |
| | 2019 | 121 883,35 | 33,1% | 7,4% | - | 59,5% | - |
| krośnieński | 2018 | 212 191,67 | 50,4% | 0,5% | - | 49,1% | - |
| | 2019 | 260 229,36 | 56,5% | 0,0% | - | 43,5% | - |
| leżajski | 2018 | 171 593,84 | 59,5% | 0,3% | - | 40,2% | - |
| | 2019 | 220 190,69 | 54,4% | 0,0% | - | 45,6% | - |
| lubaczowski | 2018 | 129 226,64 | 90,7% | 0,0% | - | 9,3% | - |
| | 2019 | 190 638,02 | 73,1% | 0,0% | - | 26,9% | - |
| łańcucki | 2018 | 823 060,25 | 34,5% | 34,9% | - | 30,6% | - |
| | 2019 | 661 620,66 | 40,9% | 28,6% | - | 30,5% | - |
| mielecki | 2018 | 263 463,99 | 58,2% | 4,4% | - | 37,4% | - |
| | 2019 | 282 012,99 | 60,5% | 0,8% | - | 38,7% | - |
| niżański | 2018 | 203 003,65 | 34,8% | 4,0% | - | 61,2% | - |
| | 2019 | 179 368,74 | 45,5% | 14,8% | - | 39,6% | - |
| przemyski | 2018 | 181 808,35 | 41,2% | 42,3% | - | 16,4% | - |
| | 2019 | 233 024,21 | 31,1% | 44,3% | - | 24,6% | - |
| przeworski | 2018 | 298 717,17 | 45,5% | 19,4% | - | 35,1% | - |
| | 2019 | 296 408,21 | 49,2% | 23,4% | - | 27,4% | - |
| ropczycko-sędziszowski | 2018 | 253 605,11 | 34,5% | 7,9% | - | 57,6% | - |
| | 2019 | 247 409,67 | 41,0% | 4,7% | - | 54,4% | - |
| rzeszowski | 2018 | 986 481,08 | 49,2% | 33,6% | - | 17,2% | - |
| | 2019 | 1 019 010,16 | 56,6% | 27,7% | - | 15,7% | - |
| sanocki | 2018 | 159 657,89 | 52,6% | 8,3% | - | 39,1% | - |
| | 2019 | 203 033,95 | 51,8% | 0,0% | - | 48,2% | - |
| stalowowolski | 2018 | 228 940,30 | 51,2% | 4,5% | - | 44,3% | - |
| | 2019 | 290 553,31 | 53,7% | 0,7% | - | 45,6% | - |
| strzyżowski | 2018 | 180 818,86 | 59,9% | 12,7% | - | 27,4% | - |
| | 2019 | 315 292,14 | 34,8% | 11,6% | - | 53,6% | - |
| tarnobrzeski | 2018 | 75 714,56 | 48,5% | 5,1% | - | 46,4% | - |
| | 2019 | 74 682,31 | 49,2% | 0,0% | - | 50,8% | - |
| leski | 2018 | 57 258,87 | 69,4% | 0,0% | - | 30,6% | - |
| | 2019 | 61 187,49 | 76,7% | 0,0% | - | 23,3% | - |
| Krosno | 2018 | 47 294,95 | 63,5% | 0,0% | - | 36,5% | - |
| | 2019 | 109 653,08 | 57,1% | 0,0% | - | 42,9% | - |
| Przemyśl | 2018 | 348 173,77 | 26,4% | 58,2% | - | 15,4% | - |
| | 2019 | 371 786,49 | 25,6% | 38,3% | - | 36,1% | - |
| Rzeszów | 2018 | 1 415 989,55 | 45,3% | 30,8% | - | 23,9% | - |
| | 2019 | 1 794 592,53 | 40,9% | 38,4% | - | 20,7% | - |
| Tarnobrzeg | 2018 | 85 246,31 | 48,5% | 7,6% | - | 43,9% | - |
| | 2019 | 90 267,37 | 39,8% | 4,4% | - | 55,9% | - |
| **Ogółempodkarpackie** | **2018** | **7 269 910,70** | **46,0%** | **22,7%** | **-** | **31,3%** | **-** |
| | **2019** | **8 438 585,54** | **45,6%** | **20,8%** | **-** | **33,6%** | **-** |

Źródło: POW NFZ

Wydatki na psychiatrię stanowią zaledwie 3,52 %. wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej**.** Niedofinansowanie, zła organizacja i brak lekarzy to główne bolączki polskiego systemu opieki psychiatrycznej. Dotyczy to zarówno leczenia dorosłych, jak również dzieci i młodzieży. Sytuacja jednak powoli się zmienia. W opiece nad dorosłymi pacjentami realizowany jest pilotażowy model opieki środowiskowej w ramach CZP oraz wprowadzany trójstopniowy system opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, co daje nadzieję na poprawę sytuacji w opiece psychiatrycznej.

## Rozdział 4. Podkarpacki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

### 4.1.Cele oraz sposób realizacji Programu

Cele główne oraz szczegółowe Podkarpackiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 są spójne z celami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 i zostały sformułowane na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. poz. 458).

**Cele główne Programu:**

1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

Cele szczegółowe i zadania Programu:

1. w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:
   - 1.1. upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
   - 1.2. upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
   - 1.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
2. w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
   - 2.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
   - 2.2. zwiększanie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
3. w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez realizatorów Programu.

Szczegółowe opisy celów, preferowane sposoby realizacji wraz z horyzontem czasowym realizacji i wskaźnikami monitorującymi zawiera tabela.

| Cel | Nazwa zadania | Realizator | Czas realizacji | Wskaźnik monitorujący |
|---|---|---|---|---|
| **1. Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.** | | | | |
| 1.1. Cel szczegółowy: upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej | | | | |
| | 1. Zwiększenie dostępności i zmniejszanie nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorządy gmin | 2017-2022 | Liczba utworzonych CZP dla dorosłych i dzieci. |
| | 2. Opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, strategii rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, | 2017-2022 | Opracowanie planu przekształceń w szpitalach psychiatrycznych.<br>Liczba utworzonych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach powiatowych. |
| | 3. Wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorządy gmin Podmioty lecznicze | 2017-2022 | Liczba zorganizowanych konferencji. |
| | 4. Rozwijanie sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz stopniowe zmniejszanie i przekształcanie dużych szpitali psychiatrycznych w placówki specjalistyczne, zapewniające profilowane usługi zdrowotne. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorządy gmin Podmioty lecznicze | 2017-2022 | Liczba utworzonych oddziałów profilowych. |
| 1.2. Cel szczegółowy: upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego | | | | |
| | 1. Wspieranie poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego. | Samorząd województwa, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie Samorządy powiatów, | 2017-2022 | Liczba i rodzaj działań. Liczba uczestników. |
| | 2. Wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym. | Samorząd województwa, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Samorządy powiatów, Podmioty lecznicze | 2017-2022 | Liczba projektów. Rodzaje wsparcia. |

| Cel | Nazwa zadania | Realizator | Czas realizacji | Wskaźnik monitorujący |
|---|---|---|---|---|
| 1.3. Cel szczegółowy: aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi. | | | | |
| | 1. Zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleńzawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Urzędy Pracy. | 2017-2022 | Liczba szkoleń. Liczba osób uczestniczących w szkoleniach. |
| | 2. Wspieranie rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznym | Samorząd województwa, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie Samorządy powiatów, Urzędy Pracy | 2017-2022 | Rodzaj i liczba działań. |
| | 3. Realizacja projektów dla osób z zaburzeniami psychicznymi mających na celu ich aktywizacjęzawodową. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorząd gminy, Urzędy Pracy. | 2017-2022 | Liczba projektów. Liczba zatrudnionych osób. |
| | 4. Prowadzenie działań szkoleniowo-informacyjnych, adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorządy gmin, Urzędy Pracy | 2017-2022 | Liczba szkoleń. Liczba podmiotów zatrudniających osoby z niepełnosprawnością. |
| **2. Cel główny: prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.** | | | | |
| 2.1. Cel szczegółowy: 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. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego poprzez wprowadzanie w szkołach programów profilaktycznych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego. | Samorządy powiatów, Samorządy gmin | 2017-2022 | Liczba prowadzonych działań. Liczba uczestników. |
| | 2. Prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do różnych grup wiekowych. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorządy gmin | 2017-2022 | Liczba szkół. Liczba uczniów. |
| | 3. Realizacja programów zdrowotnych/ polityki zdrowotnej służących kształtowaniu postaw prozdrowotnych wśród różnych grup wiekowych w tym także zapobiegających rozwojowi depresji. | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorządy gmin | 2017-2022 | Liczba programów polityki zdrowotnej. |

| Cel | Nazwa zadania | Realizator | Czas realizacji | |
|---|---|---|---|---|
| Cel szczegółowy: zwiększanie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. | | | | |
| | 1. Realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi | Samorząd województwa, Samorządy powiatów, Samorząd gminy | 2017-2022 | Liczba działań.<br>Liczba uczestników. |
| **3. Cel główny: Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu** | | | | |
| Cel szczegółowy: gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez Realizatorów Programu | | | | |
| | 1. Gromadzenie i udostępnianie informacji dotyczących ochrony zdrowia psychicznego w województwie. | Samorząd województwa, Zespół ds. opracowania Podkarpackiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego | 2017-2022 | Coroczne opracowanie informatora o dostępnych formach opieki psychiatrycznej. |

## 4.2. Ocena funkcjonowania opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim funkcjonuje głównie w oparciu o opiekę stacjonarną i ambulatoryjną, w ramach której funkcjonują formy opieki pośredniej, tj. oddziały dzienne i zespoły opieki środowiskowej. System nie jest w pełni dostosowany do potrzeb zdrowotnych ludności. Niezadowalające zróżnicowanie placówek i niewystarczająca ilość usług medycznych finansowanych ze środków publicznych powoduje, że dostępność do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej wymaga dalszej reorganizacji.
Odnosi się to zwłaszcza do opieki szpitalnej, którą dla znacznej części chorych należałoby uzupełnić innymi formami opieki, co gwarantowałoby bardziej skuteczną i efektywną pomoc. Zmniejszenie częstości hospitalizacji i skrócenie czasu pobytu w szpitalu uniemożliwia niewystarczająca ilość i nierównomierne rozmieszczenie środowiskowych form opieki psychiatrycznej i oparcia społecznego: oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego (domowego), środowiskowych domów samopomocy, środowiskowych klubów samopomocy, mieszkań chronionych.
Stan zasobów opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim charakteryzuje się nierównomiernym rozmieszczeniem terytorialnym podmiotów opieki psychiatrycznej. Większość placówek jest zlokalizowana w dużych ośrodkach miejskich.
W opiece psychiatrycznej jest niewystarczająca liczba personelu medycznego, w szczególności lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów klinicznych, pielęgniarek ze specjalizacją psychiatryczną, szczególnie w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.
Analiza zabezpieczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim została oparta o dane statystyczne udostępnione przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacje zamieszczone w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa podkarpackiego.

## 4.3 Kierunku rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego w województwie podkarpackim – założeniai cele

Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Władza państwowa i administracja samorządowa świadomie i konsekwentnie kształtują politykę zdrowotną i społeczną na rzecz osób w kryzysie psychicznym i ich rodzin, sieci społecznej poprzez promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę zaburzeń psychicznych, system pomocy, badania naukowe, szkolenie kadr medycznych i pomocowych.
System ochrony zdrowia psychicznego we współpracy z resortami edukacji i pomocy społecznej odpowiada na potrzeby zdrowotne i społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin na następujących zasadach:

- poszanowanie godności i praw osób doświadczających kryzysu psychicznego,
- podmiotowość osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin w procesie terapii oraz uczestnictwo w ocenie jakości świadczeń, kształtowaniu lokalnej polityki zdrowotnej i społecznej,
- kompleksowość i elastyczność dostosowania zróżnicowanych świadczeń do indywidualnych potrzeb osób z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzin,
- ciągłość psychologiczna opieki psychiatrycznej,
- koordynacja między dostępnymi formami opieki psychiatrycznej, oparcia społecznego, uczestnictwa społeczno-zawodowego dorosłych, edukacji i pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieci i młodzieży,
- organizacja systemu umożliwiająca wielosektorową i wielodyscyplinarną pracę zespołów terapeutycznych oraz zapewniająca pracownikom warunki do ustawicznego rozwijania kompetencji zawodowych,

- finansowanie na poziomie gwarantującym bliską dostępność i wysoką jakość świadczeń, oraz skuteczną i efektywną pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego, w poprawie jakości życia i osiąganiu pełnego zdrowienia osób po kryzysie psychicznym,
- pełne i równomierne rozmieszczenie zasobów środowiskowej opieki psychiatrycznej na obszarze województwa,
- uzupełnienie świadczeń medycznych o promocję zdrowia psychicznego, przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu osób po kryzysie psychicznym.

Głównym celem rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa podkarpackiego jest dążenie do zapewnienia kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w szczególności opieki środowiskowej, dostosowanej do potrzeb mieszkańców województwa podkarpackiego.
Strategia rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego wymaga udziału wszystkich interesariuszy: administracji rządowej, publicznego płatnika finansującego świadczenia medyczne, władz samorządowych z reprezentacją społeczną i podmiotów leczniczych ze środowiskiem profesjonalistów.
Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (płatnik publiczny) odpowiadają za rozwiązania systemowe, takie jak tworzenie warunków prawnych i finansowych dla świadczeń zdrowotnych w opiece psychiatrycznej. Z rolą płatnika wiąże się obowiązek oceny efektywności świadczeń, które finansuje.
Samorząd lokalny odpowiada za identyfikowanie potrzeb zdrowia psychicznego mieszkańców, troskę o poprawę jakości ich życia, za ocenę jakości udzielanych świadczeń na ich rzecz. Władze samorządowe reprezentują potrzeby i interesy wspólnoty mieszkańców, współpracując z rzecznikiem praw pacjenta oraz przedstawicielami samopomocowych organizacji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. Samorząd nie musi być organem prowadzącym dla podmiotu leczniczego zajmującego się opieką psychiatryczną, którą może prowadzić podmiot niepubliczny. Jednakże, gdy tak się dzieje, to władze samorządowe nie tylko oceniają, ale także współodpowiadają za jakość tej opieki psychiatrycznej. Wówczas tym bardziej potrzebny jest czynnik społeczny, głos osób po kryzysie psychicznym i ich rodzin.
Podmioty lecznicze odpowiadają za udzielanie świadczeń. Lekarze psychiatrzy i terapeuci pracują w bezpośrednim kontakcie z osobami w kryzysie psychicznym i ich rodzinami, co wymaga uważnego kontaktu i postawy troski o drugiego człowieka. Dlatego profesjonaliści lekarze psychiatrzy i terapeuci dogłębnie znają i rozumieją potrzeby swoich pacjentów. Jednakże profesjonaliści nie mogą wiarygodnie reprezentować ich potrzeb w reformie opieki psychiatrycznej, bo jednocześnie są zatrudnieni i w oczywisty sposób oczekują satysfakcjonującego wynagrodzenia dla siebie.
Tak więc, proces reform w ochronie zdrowia psychicznego dokonuje się w trójdialogu między administracją rządową, samorządem (użytkownikami) i podmiotami leczniczymi (profesjonalistami). Środowisko osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin jest reprezentowane wspólnie z samorządem terytorialnym, zaś środowisko profesjonalistów ma swoje miejsce przy podmiotach leczniczych.

## 4.4. Program zwiększenia dostępności do środowiskowej opieki psychiatrycznej w województwie podkarpackim

Głównym celem Programu jest doprowadzenie do takiego poziomu opieki , aby w każdym powiecie istniały trzy formy środowiskowej opieki psychiatrycznej: poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego i oddział dzienny psychiatryczny. Zintegrowane ze sobą formy opieki środowiskowej: domowa, ambulatoryjna, dzienna tworzą funkcjonalne środowiskowe centrum zdrowia psychicznego. Opieka psychiatryczna powinna być zorganizowana zgodniez zasadą ciągłości terapeutycznej i psychologicznej. To znaczy, że pacjent powinien być w kontakcie terapeutycznym ze swoim lekarzem prowadzącym niezależnie od tego, czy opieka jest realizowana w warunkach

domowych, w poradni, czy na oddziale dziennym. Skład zespołu terapeutycznego może się zmieniać na różnym etapie leczenia, ale osoby tworzące trwałą i stabilną relację terapeutyczną są niezmienne. Szczególnie dotyczy to lekarza psychiatry lub psychoterapeuty lub terapeuty środowiskowego. Tak więc rozwój opieki środowiskowej i poszerzanie dostępności świadczeń, nie polega jedynie na dodatkowym kontraktowaniu brakujących form opieki na terenie powiatu, lecz na powiązaniu ich w funkcjonalną całość. To oznacza, że wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustala z pacjentem i jego rodziną, a potem realizuje indywidualny plan terapii i zdrowienia pracując odpowiednio w warunkach domowych, ambulatoryjnych i dziennych.

Środowiskowa, czynna opieka psychiatryczna, która łączy trzy formy opieki (domową, ambulatoryjną, dzienną) dotyczy pacjentów z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, z dużymi trudnościami funkcjonowania społecznego i pełnienia ról społecznych, doświadczającymi znaczącego pogorszenia jakości życia. W tym należy uwzględnić długoterminową opiekę psychiatryczną. Szacuje się, że to dotyczy około 30% pacjentów z ogółu korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej. Dla większości pacjentów z lżejszymi i przejściowymi problemami zdrowia psychicznego wystarczająca jest opieka ambulatoryjna udzielana w formie psychoterapii lub farmakoterapii. Dlatego wskazane jest, aby NFZ dodatkowo poszerzał zakres kontraktowania o poradnie leczenia nerwic i poradnie psychologiczne, tam gdzie są do tego zasoby kadrowe.

Należy dążyć do stanu, aby w każdym powiecie była rozwinięta w pełni zintegrowana środowiskowa opieka psychiatryczna składająca się z funkcjonalnie powiązanych ze sobą zespołów leczenia domowego, ambulatoryjnego i dziennego. Na tej bazie, można utworzyć Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego, w którym opiekę stacjonarną zapewni szpital znajdujący się poza powiatem. W powiatach, gdzie istnieją już lub powstaną nowe oddziały stacjonarne możliwe jest tworzenie CZP z wszystkimi, czterema formami opieki psychiatrycznej. Przy tym powinien być spełniony wymóg zachowania ciągłości terapeutycznej w ramach co najmniej opieki środowiskowej. O ile to jest organizacyjnie i kadrowo możliwe, to wskazane jest funkcjonalne integrowanie zespołów terapeutycznych opieki środowiskowej i stacjonarnej. Lokalne władze powiatowe i podmioty lecznicze mogą porozumieć się ze sobą, że obszarem odpowiedzialności CZP będzie więcej niż jeden powiat, dwa lub trzy. Niezależnie od przyjętych rozwiązań organizacyjnych wymagana jest dostępność trzech form opieki środowiskowej dla mieszkańców każdego powiatu na miejscu, możliwie blisko domu. Ponadto należy dążyć do poszerzenia opieki środowiskowej poza formą lecznictwa i rozwijać formy wsparcia socjalnego związanego z mieszkalnictwem chronionym i wspomaganym.

## 4.5. Plan przekształceń stacjonarnej opieki psychiatrycznej

Docelowo w każdym CZP powinna być dostępna opieka całodobowa, która może być prowadzona w warunkach oddziału psychiatrycznego lub mieszkania chronionego (hostelu) z łóżkami kryzysowymi. Z doświadczeń na świecie i w Polsce wiadomo już, że rozwój środowiskowych form opieki psychiatrycznej z leczeniem w warunkach domowych lub mieszkania chronionego (hostelu) powoduje znaczące zmniejszenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne. Dodatkowo w Polsce finansowanie stacjonarnej opieki psychiatrycznej odbywa się poprzez rozliczanie osobodni pobytu pacjenta na oddziale. To sprawia, że uzasadnione ekonomicznie jest dążenie do pełnego obłożenia oddziałów psychiatrycznych. Wobec słabo rozwiniętych form leczenie domowego i braku leczenia w warunkach mieszkania chronionego (hostelu), intensywna opieka całodobowa sprowadza się do hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. Stąd trudno ustalić, czy aktualna liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych w województwie podkarpackim jest wystarczająca w stosunku do potrzeb, czy wymaga zwiększenia. Bez wątpienia rozmieszczenie opieki stacjonarnej jest nierównomierne. Deficyt jest szczególnie odczuwalny w powiatach południowej i centralnej części

województwa podkarpackiego. Klinika Psychiatrii Ogólnejw Klinicznym Szpitalu Nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie nie zaspokaja lokalnych potrzeb. Pacjenci z Rzeszowa i Krosna oraz z powiatów rzeszowskiego, strzyżowskiego, krośnieńskiego, brzozowskiego, sanockiego, leskiego, bieszczadzkiego korzystają z opieki na oddziałach stacjonarnych znacznie oddalonych od miejsca ich zamieszkania. Jednakże na terenach deficytowych, priorytetem powinno być tworzenie nowych form opieki całodobowej z łóżkami kryzysowymi w warunkach mieszkania chronionego, hostelu, a nie otwieranie nowych oddziałów psychiatrycznych.

Wraz z rozwojem środowiskowych form opieki psychiatrycznej i stopniowym zmniejszeniem zapotrzebowania na opiekę stacjonarną następować powinno przekształcanie oddziałów w dwóch szpitalach psychiatrycznych dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Podkarpackiego, na specjalizujące się w opiece nad grupami pacjentów z ciężkimi i złożonymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających leczenia i monitorowania stanu zdrowia w warunkach szpitalnych. Ponieważ jest to proces wieloletni, dlatego należy najpierw rozwijać środowiskowe formy leczenia pozaszpitalnego, a następnie w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby wygaszać lub przekształcać oddziały w dużych szpitalach psychiatrycznych.

## 4.6.Plan rozwoju opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wprowadzony na postawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 r.,poz.1640 z późn.zm. r.) wprowadza model opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą składający się z trzech poziomów:

- **I poziom** – ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dziecii młodzieży**,** nazywane I stopniem referencyjnym. Takie ośrodki będą udzielać pomocy tym dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. Zakłada się, że docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów będzie funkcjonował taki ośrodek pierwszego stopnia referencyjnego. Gęsta sieć placówek umożliwi pracownikom współpracę ze środowiskiem lokalnym – zwłaszcza placówkami oświatowymi.
- **II poziom** to ośrodki (Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży), gdzie pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywniejszej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.
- **III poziom** to ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej**.** W takich ośrodkach pomoc znajdą pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowane w trybie nagłym. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek.

W każdym powiecie powinny funkcjonować ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (OŚPPiP), udzielające pomocy psychologicznej w warunkach ambulatoryjnych i środowiskowych. W takim ośrodku, na pierwszym poziomie referencyjnym psycholodzy i psychoterapeuci pracują terapeutycznie z dziećmi, ich rodzicami, rodzinami, nauczycielami, wychowawcami i innymi opiekunami. OŚPPiP funkcjonalnie powinny być powiązane z Subregionalnym Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (ŚCZP DiM), w którym pracuje przynajmniej jeden psychiatra dziecięcy z szerszym zespołem terapeutycznym. ŚCZP DiM stanowi drugi poziom referencyjny opieki psychiatrycznej z formami leczenia ambulatoryjnego, domowego i dziennego. Umiejscowienie ŚCZP DiM powinno być oparte

na subregionalnych obszarach funkcjonalnych: Rzeszów-Łańcut, Tarnobrzeg-Stalowa Wola, Dębica-Mielec, Przemyśl-Jarosław, Jasło-Krosno, Sanok-Lesko. Na początku obszary odpowiedzialności danego ŚCZP DiM mogą obejmować więcej niż jeden subregion. Jednakże w strukturze organizacyjnej centrum należy uwzględnić oddelegowanie zespołów terapeutycznych do stałej współpracy z powiatowymi OŚPPiP na terenie danego subregionu. Potem może nastąpić wyodrębnienie organizacyjne sieci ŚCZP DiM na bazie ukształtowanych już wcześniej sieci powiązań współpracy zespołowej. Specjalistyczne Centrum Zdrowia Psychicznegodla Dzieci i Młodzieży odpowiada za stacjonarną i specjalistyczną opiekę psychiatryczną o zasięgu regionalnym. To jest trzeci poziom referencyjny powiązany z Wydziałem Lekarskim URZ, w celu szkolenia kadr.

Od początku 2020 r. POW NFZ w Rzeszowie zawarł umowy na realizację świadczeń na I poziomie z 10 podmiotami z terenu województwa podkarpackiego, co pokazuje przedstawiona poniżej tabela.

**Tabela 36. Podmioty lecznicze które zawarły umowy na realizację świadczeń na I poziomie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.**

| Lp. | Nazwa podmiotu | Adres |
|---|---|---|
| 1. | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotne w Nisku | Nisko, ul. T. Kościuszki 1 |
| 2. | Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach | Ropczyce, ul Ks. Kardynała Wyszyńskiego 54 |
| 3. | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rymanowie | Rymanów, ul. Piłsudskiego 2 |
| 4. | SPECMED sp. z o. o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Przychodni i Poradni Specjalistycznych w Krośnie | Krosno, ul. Paderewskiego 4 |
| 5. | Niepubliczny Zakład Opieki Podkarpackie Centrum Zdrowia Psychicznego sp. c. w Przemyślu | Przemyśl, ul. Bohaterów Getta 17 A |
| 6. | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Neuromedic w Przeworsku | Przeworsk, ul. Szpitalna 20 |
| 7. | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Moczary" Usługi Pielęgniarskie w Domu Pomocy Społecznej w Moczarach | Ustrzyki Dolne, ul. Jana Pawła II 20 |
| 8. | Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o. o. | Łańcut, ul. Paderewskiego 5 |
| 9. | Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROWIT" w Dębicy | Dębica, Pustków Osiedle 36 B |
| 10. | Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Jaśle | Jasło, ul. K. Baczyńskiego 20 A |

Źródło: POW NFZ 2020 r.

Planowane jest zawieranie dodatkowych umów z ośrodkami udzielającymi świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego w powiecie mieleckim, powiecie leżajskim, powiecie rzeszowskim, mieście Rzeszowie, powiecie tarnobrzeskim oraz mieście Tarnobrzegu oraz nowymi ośrodkami tworzącymi centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży stanowiących II poziom referencyjny: w Krośnie i Przemyślu a także utworzenie ośrodka III poziomu referencyjnego w Łańcucie.

## 4.7. Plan umiejscowienia CZP w województwie podkarpackim

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie

dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Wśród zadań wymienionych w Programie za kluczowe uznaje się upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w duchu procesu deinstytucjonalizacji m.in. przez tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego. Stopniowe przechodzenie z modelu „azylowego", opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych.

Należy również zaznaczyć, że deinstytucjonalizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych, w tym organizacji tworzonych przez beneficjentów systemu – pacjentów. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwia przede wszystkim przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, oraz przy odpowiedniej koordynacji, daje szansę na osiąganie lepszych efektów terapeutycznych.

Rozpatrując plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa podkarpackiego należy przypomnieć uregulowania zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 dotyczące zakresu pomocy udzielanej przez CZP.

Zgodnie z powyższym opieka psychiatryczna powinna charakteryzować się aktywnością ze strony odpowiednich służb i specjalistów w udzielaniu pomocy osobom dotkniętym zaburzeniami natury psychicznej. Postępowanie terapeutyczne powinno polegać na udzielaniu pomocy w różnych formach w zależności od stanu chorego:

- czynnej, tj. leczenie i wsparcie osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającym rozwiązywaniu problemów;
- długoterminowej - opieka nad osobami z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- krótkoterminowej- dla osób z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- doraźnej - osobom w stanach nagłych i pilnych (natychmiastowa pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych - w czasie nie dłuższym niż 72 godziny);
- konsultacyjnej - osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

Pierwsza rejestracja chorego następuje w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym CZP.

Struktura i zadania CZP:

- punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową - jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możności przez całą dobę.
- zespół ambulatoryjny zapewnia porady lekarskie i psychologiczne, indywidualną i grupową pomoc psychoterapeutyczną, czynności pielęgniarskie, interwencje socjalne;
- zespół środowiskowy zapewnia wizyty domowe, terapię indywidualną i grupową, pracę z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
- zespół dzienny zapewnia hospitalizację dzienną psychiatryczną w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- zespół szpitalny zapewnia całodobową opiekę szpitalną w sytuacjach o znacznym nasileniem zaburzeń psychicznych lub związanym z nimi ryzykiem.

Warunki organizacyjne CZP:

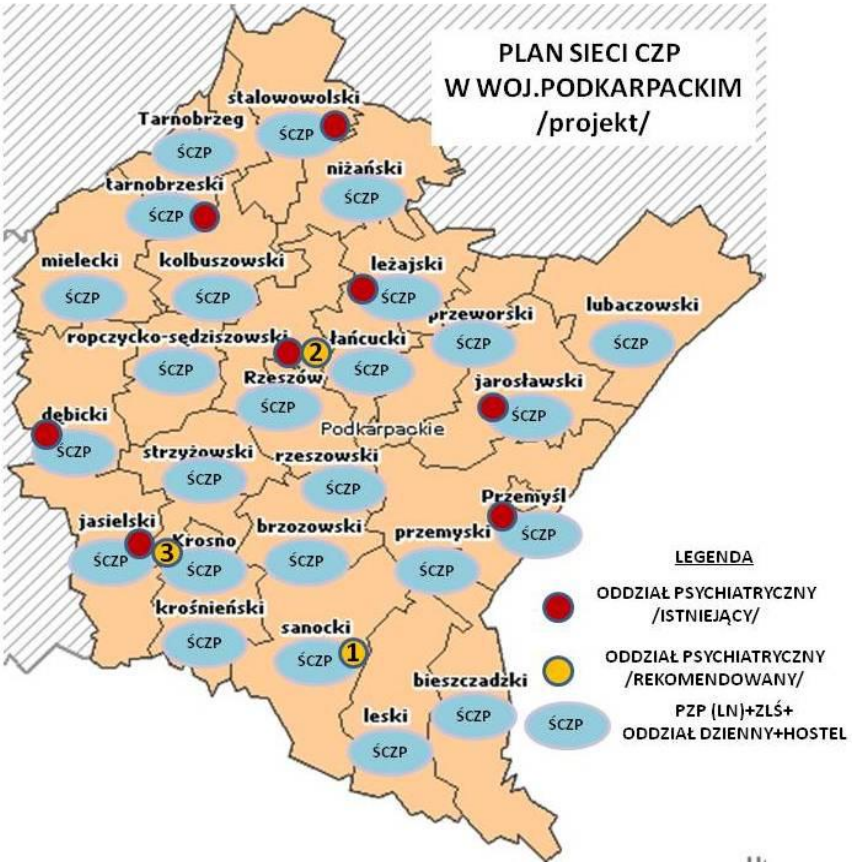
- CZP jest podmiotem/zakładem leczniczym lub funkcjonuje jako połączenie podmiotów lub zakładów;

- zespół (oddział) szpitalny - może być udostępniany w ramach umowy z innym podmiotem leczniczym poza obszarem odpowiedzialności CZP;
- finansowanie świadczeń zdrowotnych CZP powinno umożliwiać objęcie kompleksową opieką psychiatryczną pacjentów z obszaru funkcjonowania CZP;
- finansowanie świadczeń społecznych wynika z obowiązujących aktualnie regulacji;
- dokumentacja medyczna - przez cały okres korzystania ze świadczeń w CZP prowadzona jest jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja, na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849 z późn.zm.).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 stanowi, że utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego **jest zadaniem samorządu powiatowego**. Zadania CZP może realizować jeden lub wiele podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych), które razem mają zapewnić kompleksową, zindywidualizowaną, zróżnicowaną, skoordynowaną opiekę psychiatryczną z oparciem społecznym dla mieszkańców danego powiatu. W kwestii umiejscowienia CZP wytyczną jest zapis, że „pozaszpitalna" infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej". Konsekwentnie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego przyjęto, że CZP może być prowadzone przez podmiot leczniczy wraz z podwykonawcami, także wtedy, gdy oddział stacjonarny znajduje się poza terenem działania centrum, z umową o dostępie pacjentów do opieki całodobowej. Dla przejrzystości, CZP ze środowiskowymi formami opieki bez oddziału stacjonarnego w tym opracowaniu będzie nazywane jako „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego" (ŚCZP), zaś w przypadku prowadzenia wszystkich form opieki psychiatrycznej, włącznie z leczeniem szpitalnym, będzie to „Ogólne Centrum Zdrowia Psychicznego" (OCZP). W minimalnym zakresie ŚCZP dla dorosłych składa się z poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego i dziennego oddziału psychiatrycznego. W poszerzonym zakresie w jego skład wchodzi poradnia psychologiczna, poradniai oddział leczenia nerwic, oddziały dzienne rehabilitacyjny i psychogeriatryczny oraz świadczenia udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania (hostel, łóżka kryzysowe).

Aktualny stan prawny nie rozstrzyga, na jakich zasadach będą tworzone i finansowane Centra Zdrowia Psychicznego po programie pilotażowym. Jednakże kierunek zmian został wyznaczony. Rozwijane mają być przede wszystkim środowiskowe formy opieki psychiatrycznej z odpowiedzialnością terytorialną i finansowaniem „per capita". Wielkość budżetu CZP będzie zależny od liczby mieszkańców na terenie jednego lub więcej powiatów. Ponadto świadczenia medyczne mają być indywidualnie integrowane z usługami społecznymi według potrzeb osoby w kryzysie psychicznym i jej rodziny. Jakość i efektywność udzielanych świadczeń ma być monitorowana i ewaluowana poprzez wskaźniki i informacje zwrotne od osób korzystających z opieki.

**Mapa 2. Plan sieci CZP w woj. podkarpackim ze względu na kryterium liczby ludności (dane o liczbie ludności za 2017 r.) (opracowanie własne)**




**Mapa 3. Plan sieci CZP w oparciu o istniejące oddziały psychiatryczne (opracowanie własne)**

W zależności od decyzji lokalnych władz samorządowych i podmiotów leczniczych, powiązaniach z aktualnie funkcjonującymi lub utworzonymi całodobowymi oddziałami psychiatrycznymi, powstanie ostateczna sieć CZP w województwie podkarpackim. Przedstawiona Mapa 3 jest propozycją umiejscowienia 13 CZP na terenie województwa podkarpackiego.

## 4.8. Mapa potrzeb stacjonarnej opieki psychiatrycznej.

Na terenie województwa podkarpackiego są testowane dwa programy pilotażowe CZP - jeden prowadzi Szpital Powiatowy w Nowej Dębie na obszarze m. Tarnobrzega, powiatu tarnobrzeskiego i kolbuszowskiego oraz drugi prowadzi Szpital Psychiatryczny w Jarosławiu na obszarze powiatów jarosławskiego i lubaczowskiego. Na terenie Rzeszowa i Przemyśla z powiatem przemyskim są skoncentrowane cztery formy opieki psychiatrycznej (ambulatoryjna, środowiskowa, dzienna, stacjonarna). Jednakże działa tam wiele podmiotów leczniczych. Utworzenie CZP wymaga porozumienia i współpracy wszystkich świadczeniodawców w celu zachowania ciągłości opieki dla dotychczasowych świadczeniobiorców. Klinika Psychiatrii Ogólnej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie jest zbyt małą placówką (32 łóżka) i nie zaspokaja potrzeb stacjonarnej opieki psychiatrycznej aglomeracji rzeszowskiej: mieszkańców Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego, a tym bardziej powiatu strzyżowskiego i łańcuckiego. Poza Oddziałem Psychiatrycznym Szpitala Specjalistycznego w Jaśle, w południowej części województwa podkarpackiego nie ma stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych. Te potrzeby mieszkańców z centralnej i południowej części regionu zaspokajają głównie dwa duże szpitale psychiatryczne w Jarosławiu i Żurawicy.
Tworzenie nowych oddziałów stacjonarnej opieki psychiatrycznej nie jest wykluczone ponieważ w tym zakresie także są duże potrzeby. Zgodnie z sugestią Podkarpackiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia korzystne dla rozwoju stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie byłoby utworzenie w Rzeszowie 100 - łóżkowego oddziału psychiatrycznego dla dorosłych poprzez rozbudowę Klinicznego Oddziału Psychiatrii Ogólnej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie. Taka inwestycja znalazła się w priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego (Priorytet nr IV pt. Wzmocnienie systemu lecznictwa stacjonarnego).

Dla południowej części województwa zatwierdzony jest projekt rozbudowy Szpitala Specjalistycznego w Jaśle a Oddział Psychiatryczny tego szpitala będzie budowany od podstaw, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi obiektów służby zdrowia (dotychczasowy mieści się w budynku wpisanym do rejestru zabytków, bez możliwości technicznych dostosowania do potrzeb oddziału psychiatrycznego). Tym samym zaistnieją warunki do objęcia całościową opieką psychiatryczną ludności zamieszkującej w tym regionie w oparciu o założenia reformy w zakresie tworzenia CZP.
Niemniej jednak w pierwszej kolejności powinny być poszerzane i rozwijane środowiskowe formy opieki psychiatrycznej gdyż są one podstawą funkcjonowania opieki psychiatrycznej, a to ich aktualnie brakuje najbardziej.
Mapa sieci Środowiskowych Centrum Zdrowia Psychicznego z opcją rozszerzenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej w Rzeszowie, Jaśle lub Krośnie czy Sanoku z założeniem, że we wszystkich powiatach zostaną rozwinięte środowiskowe formy opieki psychiatrycznej przedstawia się następująco:

**Mapa 4. Główne kierunki migracji pacjentów do opieki stacjonarnej w aktualnie umiejscowionych oddziałach psychiatrycznych (opracowanie własne).**

## 4.9. Plan zwiększenia zasobów kadrowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Zadania i kierunki działań:

1) Zwiększenie zatrudnienia lekarzy psychiatrów, psychologów klinicznych, psychoterapeutów, pielęgniarek psychiatrycznych, psychoterapeutów i instruktorów terapii uzależnień oraz innych terapeutów.
2) Stworzenie dogodnych form specjalizacji lekarskich w zakresie psychiatrii, w szczególności psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej.
3) Zwiększenie naboru na specjalizacje lekarskie w zakresie psychiatrii.
4) Organizowanie szkoleń specjalistycznych dla pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.
5) Organizowanie szkoleń dla asystentów zdrowienia, osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, przygotowujących do pracy w zespołach terapeutycznych.

Realizacja powyższych zamierzeń w dużej mierze jest uzależniona od ilości zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, możliwości inwestycyjnych jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów zaangażowanych w rozwój opieki psychiatrycznej, aktywności organizacji pozarządowych oraz wzrostu zainteresowania kierunkami kształcenia w zawodach medycznych mających zastosowanie w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

## 4.10. Kierunki zmian w opiece psychiatrycznej

Poprawa jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej uwarunkowana jest prawidłowym rozmieszczeniem podmiotów leczniczych, rozbudową infrastruktury, spełnianiem warunków funkcjonalno-technicznych oraz zapewnieniem ciągłości opieki psychiatrycznej poczynając od profilaktyki zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej, całodobowej, pośredniej i środowiskowej po szybki przepływ informacji o chorym wypisywanym z oddziału psychiatrycznego do jednostek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w środowisku zamieszkania pacjenta.
Samorząd terytorialny we współpracy ze środowiskiem profesjonalistów ma aktywnie włączyć się w pozyskiwanie środków unijnych i budżetowych na kształcenie i szkolenie kadr w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, pomocy społecznej, edukacji do pracy z osobami w kryzysie psychicznym i ich rodzinami. Ponadto powinien wspierać organizację konferencji, seminariów, które będą forum wymiany doświadczeń i popularyzacji dobrych praktyk.

Na poziomie regionalnym, Oddział Podkarpacki Narodowego Funduszu Zdrowia powinien wypracować i wdrożyć plan finansowy poszerzania zakresu umów ze świadczeniodawcami w kierunku zintegrowania co najmniej trzech form opieki psychiatrycznej (ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej) w ramach jednej umowy. Wobec wymagania kompleksowości i koordynacji świadczeń dla pacjentów w opiece czynnej, szczególnie po kryzysach psychotycznych i z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym, pomioty lecznicze z dotychczasowym kontraktem ograniczonym do poradni zdrowia psychicznego, zapewne będą musiały połączyć swój potencjał kadrowy i lokalowy z innymi jednostkami.

Równolegle służby Wojewody Podkarpackiego powinny opracować i wdrożyć zasady finansowania ze środków budżetu państwa zintegrowanych usług społecznych: specjalistycznych usług opiekuńczych, środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy i mieszkań chronionych dla osób po kryzysie psychicznym. Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi są różne niepełnosprawności: intelektualna, psychiczna, autyzm. Każda z tych grup osób niepełnosprawnych ma odmienne potrzeby i wymaga zróżnicowanej oferty oparcia społecznego. Samorządy lokalne powinny dysponować dotacją na zintegrowane i kompleksowe usługi społeczne, które byłyby udzielane na miarę specyficznych potrzeb klientów i skoordynowane z opieką psychiatryczną.

Samorząd Wojewódzki ma za zadanie kształtować politykę regionalną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w województwie podkarpackim, z jednej strony we współpracy z administracją rządową i instytucjami państwowymi, a z drugiej strony z samorządami powiatowymi i gminnymi oraz podmiotami leczniczymi, organizacjami samopomocowymi i profesjonalnymi.

**Poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego poprzez:**

1) poprawę sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
2) zmianę organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej oraz zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
3) inwestycje w infrastrukturę - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
4) inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autoagresywnych.

## 4.11.Plan koordynowania i monitorowania wojewódzkiegoprogramuochrony zdrowia psychicznego.

1. Utworzenie stałego Zespołu Monitorującego Podkarpacki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, składającego się z przedstawicieli wyznaczonych przez:
   a) Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego – Departament Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej, Reginalny Ośrodek Polityki Społecznej, Wojewódzki Urząd Pracy, wojewódzkie szpitale psychiatryczne,
   b) Wojewodę Podkarpackiego,
   c) Podkarpackiego Kuratora Oświaty,
   d) Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
   e) Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
   f) Organizacje pacjenckie,
   g) Rzecznika Praw Pacjenta

2. Powołanie koordynatora Podkarpackiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego**,** którego zadaniem jest bieżąca koordynacja i monitorowanie Programu. Szczegółowy zakres zadań koordynatora obejmuje:
   a) zbieranie danych, prowadzenie analizy potrzeb i oceny efektywności opieki psychiatrycznej i oparcia społecznego, sporządzenie corocznie raportu z ewaluacji stanu realizacji PPOZP;
   b) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w wersji elektronicznej lub papierowej;
   c) stała współpraca ze wszystkimi interesariuszami Programu, ze szczególnym uwzględnieniem sieci zespołów monitorujących powiatowe programy ochrony zdrowia psychicznego poprzez organizowanie spotkań, narad, szkoleń, seminarium, konferencji i forum z udziałem przedstawicieli grup:
      - grupa przedstawicieli zespołów powiatowych POZP delegowanych przez Starostów i Prezydentów miast grodzkich,
      - grupa zarządzających podmiotami leczniczymi, jednostkami pomocy społecznej, placówkami oświatowymi,
      - grupa ekspercka, przedstawicieli uczelni, organizacji, towarzystw i środowisk profesjonalistów,
      - grupa beneficjentów - przedstawiciele organizacji samopomocowych i środowisk osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin.

**Produkty i rezultaty Podkarpackiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego:**

1. Coroczna aktualizacja mapy potrzeb i zasobów instytucjonalnych.
2. Coroczny raport z ewaluacji skuteczności i efektywności świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych, społecznych adresowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Coroczna aktualizacja priorytetów i zadań do planowania budżetowego.
4. Organizacja forum, konferencji, seminarium,szkoleń na bieżąco.
5. Platforma internetowa, w tym elektroniczna wersja przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

## Bibliografia


1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2020 poz. 685 tj.).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017 poz. 458).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
5. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
6. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa(Dz. U. z 2019 r. poz. 512 z późn.zm.).
7. Badanie *„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska”.*
8. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki,* Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, maj 2014 r.
9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa podkarpackiego.
10. Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015.
11. *Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa grudzień 2015.
12. *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej,* Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.
13. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
14. *Zdrowie psychiczne Polaków, Komunikat z badań,* CBOS, Warszawa 2012.
15. *Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020,* Witold Paweł Kalbarczyk, Sławomir Murawiec Monika Kalbarczyk, Warszawa, grudzień 2016.
16. Wojewódzki Program Pomocy Społecznej na lata 2016-2023 - Załącznik do Uchwały Nr XVI/279/15 Sejmiku Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie z dnia 30 listopada 2015 r.
17. „Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego - ocena potrzeb zdrowotnych” – Podkarpacki Urząd Wojewódzki, 2018 r.
18. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2016.
19. *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję.,* pod red. A. Cechnickiego i A. Liberadzkiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
20. *Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012-2015*, Włodzimierz A. Brodniak, Instytut Psychiatrii I Neurologii, Warszawa 2012.
21. *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu,* Światowa Organizacja Zdrowia Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa–Warszawa 2003.
22. Krajowe ramy strategiczne – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020,
23. Diagnoza sytuacji społeczno – gospodarczej województwa podkarpackiego, Podkarpackie Regionalne Obserwatorium Terytorialne, Rzeszów, lipiec 2019 r.
24. Strona internetowa www.policja.pl – statystyka.