



Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022

Kraków, grudzień 2017 rok

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej



MAŁOPOLSKA

Tytuł: Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022

Przy publikowaniu treści zawartych w niniejszym opracowaniu prosimy o podawanie źródła danych



Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków | tel.+48 12 63 03 202, fax. +48 12 630 35 24 | www.malopolska.pl

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej

ul. Radziwiłłowska 1 | e-mail: ps.sekretariat@umwm.pl

Spis treści

Wprowadzenie.....	5
Rozdział 1	8
Informacje ogólne.....	8
1.1 Podstawy prawne	8
1.2 Podział zaburzeń psychicznych według ICD-10.....	9
Rozdział 2	11
Sytuacja epidemiologiczna w Województwie Małopolskim	11
2.1. Podstawowe dane demograficzne.....	11
2.2. Leczeni w warunkach ambulatoryjnych.....	13
2.2. Leczeni w zespołach (oddziałach) leczenia środowiskowego.....	23
2.3. Leczeni w systemie dziennym	24
2.4. Leczeni w systemie stacjonarnym.....	26
2.5. Samobójstwa w Małopolsce	27
Rozdział 3	33
Zasoby instytucjonalne.....	33
3.1. Opieka ambulatoryjna	33
3.2. Zespoły leczenia środowiskowego.....	35
3.3. Opieka dzienna	35
3.4. Opieka stacjonarna	37
3.5. Opieka długoterminowa.....	40
3.6. Centra Zdrowia Psychicznego	41
3.7. Zasoby kadrowe	43
3.8. Pomoc społeczna	44
3.9. Kontraktowanie świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej.....	53
Rozdział 4	55
Cele oraz sposób realizacji Programu	55
4.1. Cele główne oraz szczegółowe	55
4.2. Sposób realizacji celów	56
4.3. Finansowanie Programu na lata 2017-2022.....	60
4.4. Zalecane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022	60
4.5. Niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce wyznaczone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 ..	63
4.6. Pilotaż deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w Polsce.....	64
4.7. Kierunki działania w obszarze opieki psychiatrycznej w Małopolsce oraz plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego.....	65

Rozdział 5	67
Zarządzanie oraz monitorowanie Programu	67
Podsumowanie	68

Wprowadzenie

Badanie EZOP przeprowadzone na przełomie 2010-2011 roku było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych zrobionym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zastosowano w nim Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI). W badaniu wzięło udział ponad 10 tysięcy osób w wieku 18–64 lata, osoby te były dobierane losowo. Badaniem objęto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne, zaliczające się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. Wyniki badania pokazują, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie (z 18 definiowanych w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV) można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób, procent ten stanowi ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Wśród nich co czwarta osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej.

Liczba osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych sięga dwóch milionów rocznie. Rzeczywista liczba osób wymagających opieki psychiatrycznej jest znacznie wyższa, co oznacza, że choroby psychiczne są jednym z najpoważniejszych wyzwań epidemiologicznych dodatkowo stanowią trzecią pod względem wielkości (po chorobach układu krążenia i schorzeniach kostno – stawowo – mięśniowych) pozycję w kosztach utraconej produktywności. W związku z tym profilaktyka zdrowia psychicznego, jak i leczenie psychiatryczne powinny stać się jednym z priorytetów ochrony zdrowia w Polsce. Najpoważniejsze bariery rozwoju systemu leczenia psychiatrycznego w Polsce to, przede wszystkim, nieodpowiadająca rzeczywistości alokacja środków. Niedofinansowanie psychiatrii skutkuje stale pogarszającą się sytuacją ekonomiczno – finansową podmiotów leczniczych o profilu psychiatrycznym, które nie są w stanie samodzielnie modernizować własnej, często przestarzałej i nieodpowiadającej obecnym standardom infrastruktury.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 jest kontynuacją i trzecią edycją programu regionalnego w tej dziedzinie. Powstający program jest odpowiedzią na Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Cele operacyjne i zadania określone w Małopolskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 są spójne z celami oraz zadaniami określonymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Celem nadrzędnym Małopolskiego Programu jest: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego opracowany został przez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego we współpracy z Małopolską Radą Zdrowia Psychicznego oraz Zespołem Zadaniowym ds. opracowania Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

W czasie opracowywania Programu w 2017 roku do składu Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego należą:

1. Wojciech Kozak – Wicemarszałek Województwa Małopolskiego jako Przewodniczący Rady,
2. Sylwia Grzesiak-Ambroży – Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego jako Zastępca przewodniczącego Rady,
3. Barbara Bulanowska – Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
4. dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki – Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM,
5. dr n. med. Łukasz Cichocki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii,
6. Jolanta Chrzanowska – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie,

7. dr Marta Cichońska – Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny Dla Podwójnych Diagnoz Kraków-Śródmieście Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie,
8. Anna Czech – Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie,
9. Barbara Dolata – Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
10. Mariola Drąg-Bylica – Małopolskie Kuratorium Oświaty w Krakowie,
11. Andrzej Grymek – Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.,
12. dr n. med. Marcin Jabłoński – Krakowski Oddział Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,
13. dr n. hum. Mirosława Jawor – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychologii Klinicznej,
14. Stanisław Kracik – Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie,
15. Ewa Makiela – Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu,
16. Michał Marszałek – Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa,
17. Jacek Pająk – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie,
18. dr hab. n. med. Maciej Pilecki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
19. Ewa Podłęcka – Wydział Polityki Społecznej, Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie,
20. Artur Puszek – Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu,
21. Grzegorz Saj – Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – Kraków,
22. Marian Sołtysiewicz – Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie,
23. Stanisław Stępniewski – Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie,
24. Aldona Świętojańska-Leśniańska – Szpital Powiatowy w Chrzanowie,
25. dr n. med. Krzysztof Walczewski – Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie,
26. Wioletta Wilimska – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

Uchwałą nr 1585/16 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 25 października 2016 roku (ze zmianą) korzystający z wiedzy oraz doświadczeń powołanych ekspertów w obszarze zdrowia psychicznego w którego skład wchodzi:

1. Wojciech Kozak – Wicemarszałek Województwa Małopolskiego jako Przewodniczący Zespołu,
2. Sylwia Grzesiak-Ambroży – Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego jako Zastępca Przewodniczącego Zespołu,
3. Sylwia Murzyn – Pracownik Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego jako Sekretarz Zespołu,
4. Wojciech Grzeszek – Przewodniczący Komisji Polityki Prorodzinnej i Społecznej Sejmiku Województwa Małopolskiego,
5. Artur Broda – Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu,
6. Barbara Bulanowska – Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
7. dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki – Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM,
8. dr n. med. Łukasz Cichocki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii, Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ,
9. Jolanta Chrzanowska – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie,
10. Anna Czech – Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie,
11. Anna Depukat – Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie,
12. Barbara Dolata – Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
13. Mariola Drąg-Bylica – Małopolskie Kuratorium Oświaty w Krakowie,
14. dr n. med. Zofia Foryś – Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.,
15. Andrzej Grymek – Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.,
16. Aneta Kosiba – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie,
17. Ewa Makiela – Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu,
18. Mariusz Panek – Fundacja „Leonardo”,
19. dr hab. n. med. Maciej Pilecki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
20. Ewa Podłęcka – Wydział Polityki Społecznej, Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie,
21. Magdalena Sendrowicz-Grabek – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie,
22. Marian Sołtysiewicz – Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie,

23. Stanisław Stępniewski – Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie,
24. Beata Walter – Środowiskowy Dom Samopomocy "VITA" w Krakowie,
25. Krystyna Teresa Włosik – Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 był konsultowany z Członkami Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego oraz Zespołu Zadaniowego ds. opracowania Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Odbyły się wspólne spotkania Członków Rady oraz Zespołu Zadaniowego podczas których założenia oraz cele Programu zostały szczegółowo omówione. Dodatkowo grono powołanych ekspertów miało możliwość zgłaszania uwag do Programu.

Rozdział 1

Informacje ogólne

1.1 Podstawy prawne

W Polsce podstawowym aktem prawnym regulującym problematykę ochrony zdrowia psychicznego jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, która stanowi że *zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa*. Zgodnie z art. 1. pkt. 1. *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.

Działania profilaktyczne w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są skierowane przede wszystkim do dzieci, młodzieży, osób starszych i osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego, obejmują w szczególności:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,
- tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze,
- wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
- podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

Jednym z aktów wykonawczych do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, który określa działania mające na celu: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. Wykaz

świadczeń reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z późniejszą zmianą. 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,
- żywienia,
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Dodatkowo osoby z zaburzeniami psychicznymi lub osoby uzależnione raz w roku mogą wyjechać na turnus rehabilitacyjny.

Dominującą pozycję w systemie opieki psychiatrycznej zajmują podmioty lecznicze. Samorząd Województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W związku z tym Samorząd Województwa jest podmiotem tworzącym między innymi dla dwóch szpitali psychiatrycznych, w tym dla Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, który jest największą, a zarazem wiodącą jednostką w zakresie leczenia psychiatrycznego na terenie województwa małopolskiego oraz Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie, który jest drugą po Szpitalu Babińskiego, jednostką pod względem udzielanych świadczeń w zakresie leczenia psychiatrycznego oraz liczby posiadanych łóżek w regionie.

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 maniackalny, 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 połościem, 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 rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie, zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, tiki.

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

Rozdział 2

Sytuacja epidemiologiczna w Województwie Małopolskim

2.1. Podstawowe dane demograficzne

W 2016 roku województwo małopolskie liczyło 3 382 260 mieszkańców co stanowiło 8,80% ludności Polski, w tym 1 641 317 mężczyzn (48,52% wszystkich mieszkańców) i 1 740 943 kobiet (51,48% wszystkich mieszkańców). W porównaniu do 2015 roku liczba ludności wzrosła o 9 642 osoby. Dane dotyczące liczby mieszkańców w podziale na poszczególne powiaty znajduje się w tabeli poniżej – tabela 1.

Tabela 1. Liczba mieszkańców Województwa Małopolskiego w 2016 roku w podziale na powiaty.

Powiat	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Małopolska	3 382 260	1 641 317	1 740 943
m. Kraków	765 320	357 097	408 223
m. Nowy Sącz	83 993	40 137	43 856
m. Tarnów	110 110	52 024	58 086
bocheński	105 747	52 111	53 636
brzeski	93 001	46 056	46 945
chrzanowski	126 054	60 984	65 070
dąbrowski	59 342	29 600	29 742
gorlicki	109 049	53 940	55 109
krakowski	272 591	133 454	139 137
limanowski	130 289	65 146	65 143
miechowski	49 505	24 359	25 146
myślenicki	125 647	62 331	63 316
nowosądecki	213 864	106 631	107 233
nowotarski	190 757	93 331	97 426
olkuski	112 863	54 873	57 990
oświęcimski	154 581	75 158	79 423
proszowicki	43 648	21 485	22 163
suski	84 184	41 745	42 439
tarnowski	200 886	99 671	101 215
tatrzański	67 905	32 756	35 149
wadowicki	159 673	78 235	81 438
wielicki	123 251	60 193	63 058

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych.

W Małopolsce odnotowuje się systematyczny przyrost ludności na przestrzeni ostatnich lat przy jednoczesnym niewielkim wzroście liczby zgonów. Przyrost naturalny w Małopolsce, w 2016 roku wynosił 1,7 na 1 000 ludności i był wysoki na tle kraju (-0,1). Gęstość zaludnienia wynosiła 223 osoby na km², co czyni Małopolskę jednym z najbardziej zaludnionych regionów (Polska – 123 osoby na km², woj. śląskie – 370 osób na km²). W miastach mieszkało 1 637 397 (48,41%) osób, a tereny wiejskie zamieszkiwało 1 744 863 (51,59%) osób. W ogólnej strukturze ludności w 2016 roku, odsetek mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym wynosił 18,9%, w wieku produkcyjnym – 62,0%, w wieku

poprodukcyjnym – 19,1%. Szczegółowe zestawienie liczby mieszkańców regionu w 2016 roku w podziale na wiek i miejsce zamieszkania przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Liczba mieszkańców Województwa Małopolskiego w 2016 roku w podziale na miejsce zamieszkania i wiek.

Powiat	w miastach	na wsi	0-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 i więcej
Małopolska	1 637 397	1 744 863	713 720	757 492	731 901	647 162	389 581	142 404
m. Kraków	765 320	0	136 537	170 451	170 536	145 068	103 826	38 902
m. Nowy Sącz	83 993	0	17 633	18 306	17 726	16 758	10 394	3 176
m. Tarnów	110 110	0	19 669	22 258	23 513	23 531	15 754	5 385
bocheński	32 828	72 919	24 610	24 674	22 261	19 439	10 941	3 822
brzeski	19 334	73 667	20 731	21 774	19 912	17 241	9 775	3 568
chrzanowski	77 903	48 151	22 840	26 177	26 778	28 192	16 382	5 685
dąbrowski	16 077	43 265	12 087	14 202	13 062	11 228	6 185	2 578
gorlicki	35 618	73 431	24 004	24 632	22 454	21 444	11 938	4 577
krakowski	44 968	227 623	60 037	58 071	62 067	52 683	29 356	10 377
limanowski	23 079	107 210	34 316	30 785	26 645	22 196	11 874	4 473
miechowski	11 765	37 740	9 468	10 471	10 139	10 009	6 903	2 515
myślenicki	31 440	94 207	30 200	29 632	26 698	23 150	11 713	4 254
nowosądecki	36 837	177 027	55 237	51 150	44 443	36 826	18 917	7 291
nowotarski	52 181	138 576	44 071	44 541	41 070	34 444	19 759	6 872
olkuski	55 174	57 689	20 882	23 382	24 305	24 375	14 647	5 272
oświęcimski	82 200	72 381	30 367	32 650	32 981	32 296	19 469	6 818
proszowicki	7 733	35 915	8 677	9 818	9 318	8 596	5 317	1 922
suski	20 666	63 518	19 029	19 319	17 565	15 742	9 105	3 424
tarnowski	24 031	176 855	44 938	47 537	43 009	37 016	20 177	8 209
tatrzański	27 305	40 600	14 652	15 056	14 255	13 206	7 827	2 909
wadowicki	44 393	115 280	35 338	35 568	34 530	30 875	17 157	6 205
wielicki	34 442	88 809	28 397	27 038	28 634	22 847	12 165	4 170

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych.

Dotychczasowe obserwowane tendencje demograficzne w Małopolsce są korzystne. Według ostatnich dostępnych danych (GUS, 2015), wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia dla mężczyzn w Małopolsce wynosił 75,1 lata (w Polsce 73,6), a dla kobiet w Małopolsce 82,4 (w Polsce 81,6). Dalsze przeciętne trwanie życia wolno, aczkolwiek systematycznie ulega wydłużeniu. W Małopolsce wartości są wyższe niż średnia dla Polski. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzny w Polsce jest krótsze od życia kobiety o około 8 lat. W Małopolsce kobiety żyją dłużej od mężczyzn około 7,3 roku. Różnica pomiędzy długością życia mężczyzn i kobiet w Polsce oraz w Małopolsce jest bardzo duża na niekorzyść mężczyzn.

Zmiany społeczne dokonujące się w kraju i regionie mają duży wpływ na zwiększenie się ilości zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz na zachowania samobójcze. Lista potencjalnych i realnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego z perspektywy socjologicznej jest obszerna i obejmuje również rosnącą gwałtownie skalę emigracji zarobkowej, zaburzenia więzi społecznych, zjawisko wykluczenia społecznego w połączeniu z rosnącymi różnicowaniami społeczno-ekonomicznymi, czy znaczne rozmiary przestępczości. Zmiany stylu życia, pracy, budowania więzi rodzinnych i społecznych sprawiają, że zdrowie psychiczne wystawiane jest na różnego rodzaju stresy i niedogodności, którym coraz trudniej sprostać.

2.2. Leczeni w warunkach ambulatoryjnych

Rodzaj podejmowanego leczenia lub wsparcia zawsze uzależnione jest od potrzeb i stanu zdrowia pacjenta. Leczenie ambulatoryjne przeznaczone jest dla osób niewymagających leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczeniodawca jest zobowiązany, w ramach świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, zapewnić pacjentom niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. W celu skorzystania z pomocy lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii w warunkach ambulatoryjnych skierowanie nie jest konieczne. Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. lekarza POZ lub psychiatry) jest wymagane aby skorzystać z porady psychologa i psychoterapeuty

W 2016 roku w województwie małopolskim leczonych w systemie ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych było 124 641 osób, co stanowi 3,69% całej ludności zamieszkującej Małopolskę. W porównaniu z rokiem 2015 (125 077 leczonych) odnotowano spadek liczby leczonych ogółem o 436 osób tj. o 0,35%. Z danych wynika, że 27 009 osób było leczonych po raz pierwszy co daje 21,67% spośród wszystkich leczonych ogółem (w porównaniu do 2015 roku nastąpił znaczny spadek tj. o 4 705 osób). Wśród leczonych mężczyźni stanowili 40,78% (tj. 50 831 mężczyzn), zaś kobiety 59,22% (tj. 73 810 kobiet). Liczba osób leczonych z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na obszarze wiejskim kształtowała się na poziomie 42 539. Opieką czynną objęto 62 032 osoby tj. 49,77% leczonych ogółem.

Najbardziej liczną grupę leczonych – 28,72% (tj. 35 793 pacjentów) stanowiły osoby z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi. Na drugim miejscu pod względem liczby leczonych z zaburzeniami psychicznymi według rozpoznania zasadniczego znalazły się zaburzenia organiczne – 20 637 osób (tj. 16,57% leczonych ogółem), na trzecim schizofrenia 14 274 osoby (tj. 11,46% wszystkich przypadków), w dalszej kolejności depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe 14 124 osoby (tj. 11,33% leczonych ogółem). Szczegółowe zestawienie znajduje się w tabeli 3 oraz wykresie 1.

Tabela 3. Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w województwie małopolskim w 2016 roku.

Wyszczególnienie		Leczeni		Leczeni po raz pierwszy		
		ogółem	w wieku 0-18 lat	ogółem	w wieku 0-18 lat	
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień)		2015 rok	125 077	12 301	31 714	5 074
		2016 rok	124 641	11 884	27 009	4 736
w tym:	mężczyźni	50 831	7 025	11 201	2 676	
	osoby zamieszkałe na wsi	42 539	4 588	8 941	1 779	
	opieka czynna*	62 032	6 193	12 777	2 648	
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi według rozpoznania zasadniczego:						
zaburzenia organiczne (F00 - F09)		20 637	21	3 347	8	
schizofrenia (F20)		14 274	84	1 033	25	
zaburzenia schizotypowe: schizoaktywne i urojeniowe (bez schizofrenii) (F21 - F29)		3 332	55	443	15	
epizody afektywne (F30 i F32)		11 206	316	2 647	163	
depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)		14 124	78	1 433	29	
inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34 - F39)		3 465	53	736	27	
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40 - F48)		35 793	2 353	10 442	1 054	

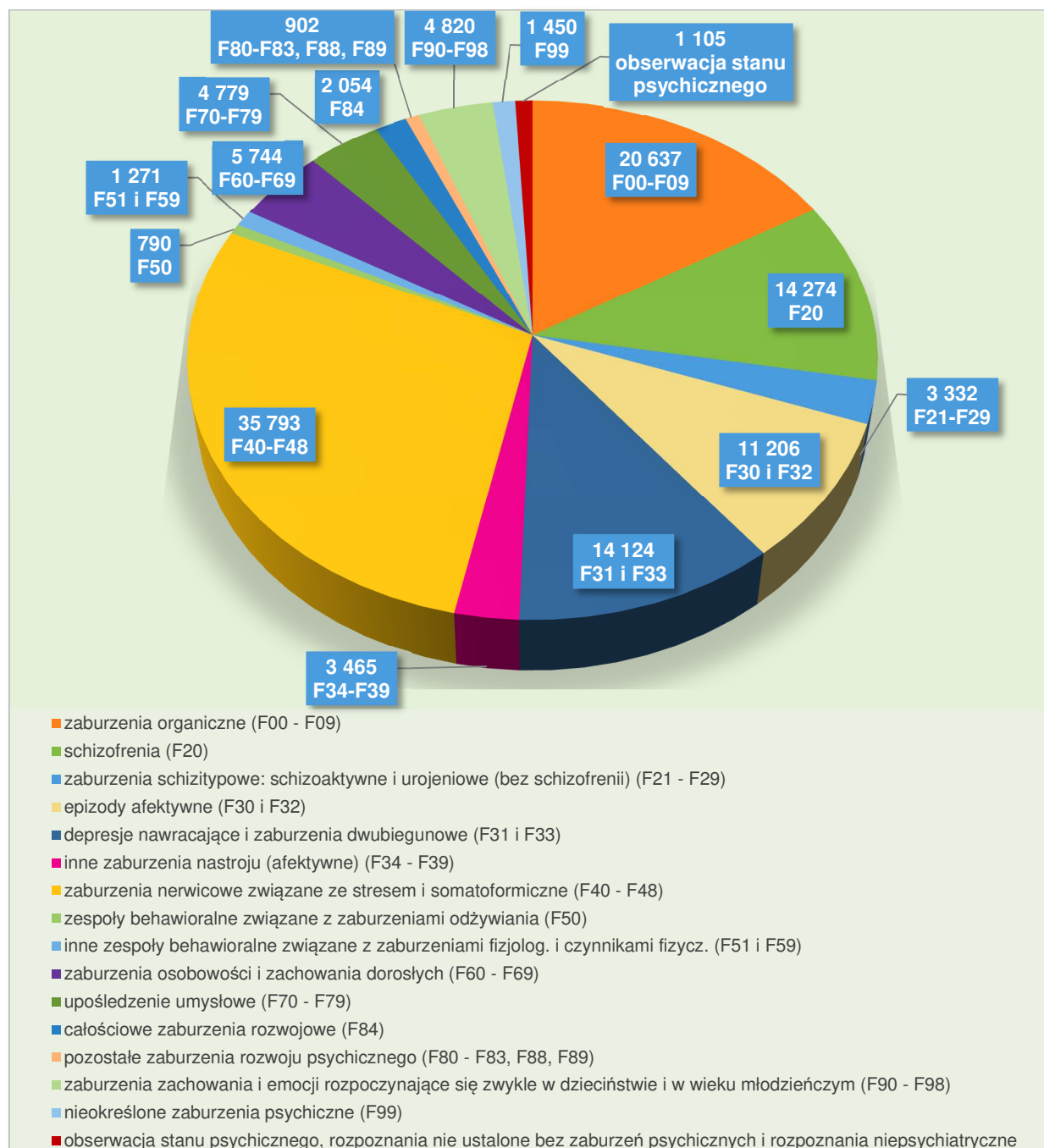
Wyszczególnienie	Leczeni		Leczeni po raz pierwszy	
	ogółem	w wieku 0-18 lat	ogółem	w wieku 0-18 lat
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (F50)	790	359	303	140
inne zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjolog. i czynnikami fizycz. (F51 i F59)	1 271	46	604	30
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60 - F69)	5 744	121	1 618	69
upośledzenie umysłowe (F70 - F79)	4 779	781	680	216
całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)	2 054	1 896	585	548
pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego (F80 - F83, F88, F89)	902	804	384	362
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90 - F98)	4 820	4 587	1 904	1 832
nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)	1 450	330	850	218
obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nie ustalone bez zaburzeń psychicznych i rozpoznania niepsychiatryczne	1 105	215	564	141

* opieka czynna dotyczy pacjentów, którym wyznaczone i egzekwowane są terminy następnych wizyt w ciągu roku.

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Słaby stan zdrowia psychicznego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania występują w każdym wieku, u obu płci, w różnych kulturach i grupach ludności. Od kilku lat rośnie w województwie liczba osób z zaburzeniami psychicznymi, co nie jest wyraźnie widoczne w statystyce publicznej gdyż wiele osób leczy się podmiotach niepublicznych. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa, świadczy wzrost zachorowań na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania, spowodowane różnorodnymi czynnikami, m.in. uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także wzrastający współczynnik samobójstw. Ekonomiczne i społeczne koszty zaburzeń psychicznych są wysokie i długofalowe, dotyczą zarówno osób chorych, ich rodzin oraz całego społeczeństwa. Do mierzalnych kosztów należą potrzeby ochrony zdrowia i opieki społecznej, koszty utraconego zatrudnienia i zmniejszonej produktywności, przestępczości i bezpieczeństwa publicznego, a także negatywnych skutków przedwczesnej śmiertelności.

Wykres 1. Leczeni ogółem w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w województwie małopolskim w 2016 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM, na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

W 2016 roku najwięcej osób leczyło się na terenie miasta Krakowa – 65 844 osób. Najbardziej liczną grupę stanowiły osoby leczone z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych – 19 694, zaś z powodu epizodów afektywnych, depresyjnych i zaburzeń dwubiegunowych i innych zaburzeń nastroju leczyło się 13 710 pacjentów – tabela 4.

Tabela 4. Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w powiatach województwa małopolskiego według wybranych rozpoznań i płci w 2016 roku.

Rozpoznanie	m. Kraków	m. Nowy Sącz	m. Tarnów	p. bocheński	p. brzeski	p. chrzanowski	p. dąbrowski	p. gorlicki	p. krakowski	p. limanowski	p. miechowski	p. myślenicki	p. nowosądecki	p. nowotarski	p. olkuski	p. oświęcimski	p. proszowicki	p. suski	p. tarnowski	p. tatrzański	p. wadowicki	p. wielicki	
Ogółem	65 844	5 950	7 475	4 216	2 664	4 461	1 039	2 360	2 396	1 025	2 326	3 421	1 151	2 520	3 303	3 750	1 445	1 444	709	782	3 590	2 770	
w tym mężczyźni	26 868	2 769	3 110	1 846	1 104	1 803	420	956	1 023	323	820	1 340	491	1 045	1 376	1 390	561	612	312	355	1 328	979	
Zaburzenia organiczne (F00-F09)	ogółem	9 169	555	1 205	1 207	640	926	182	445	515	171	760	579	340	584	496	487	435	301	134	188	670	648
	w tym mężczyźni	4 241	273	585	622	364	416	89	252	287	83	372	300	164	332	269	233	176	174	80	115	334	274
Schizofrenia (F20)	ogółem	6 848	614	961	550	307	451	299	351	283	87	168	218	247	329	485	561	123	228	97	141	785	141
	w tym mężczyźni	3 378	454	437	277	167	186	99	185	104	36	66	122	129	162	216	260	33	110	49	77	369	66

Rozpoznanie		m. Kraków	m. Nowy Sącz	m. Tarnów	p. bocheński	p. brzeski	p. chrzanowski	p. dąbrowski	p. gorlicki	p. krakowski	p. limanowski	p. miechowski	p. myslenicki	p. nowosądecki	p. nowotarski	p. olkuski	p. oświęcimski	p. proszowicki	p. suski	p. tarnowski	p. tatrzański	p. wadowicki	p. wielicki
Zaburzenia schizofreniczne i urojenowe (F21-F29)	ogółem	1 456	362	200	54	78	135	94	68	73	16	49	88	20	87	51	121	119	62	25	3	129	42
	w tym mężczyźni	602	215	80	33	39	65	50	32	46	9	15	41	11	39	32	51	31	23	15	2	49	17
Epizody afektywne, depresje, itd. (F30-F39)	ogółem	13 710	1 681	1 566	1 186	735	1 134	161	1 157	681	215	851	595	270	530	1 172	893	269	322	181	170	815	501
	w tym mężczyźni	4 420	573	470	333	150	333	49	370	262	46	206	140	86	192	392	197	70	112	54	67	206	124
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem itd. (F40-F48)	ogółem	19 694	2 442	1 951	655	607	1 479	194	231	411	414	313	1 375	183	813	647	1 205	407	391	193	236	944	1 008
	w tym mężczyźni	5 997	1 069	578	223	193	641	110	51	131	97	69	383	46	234	216	290	215	123	63	74	241	270

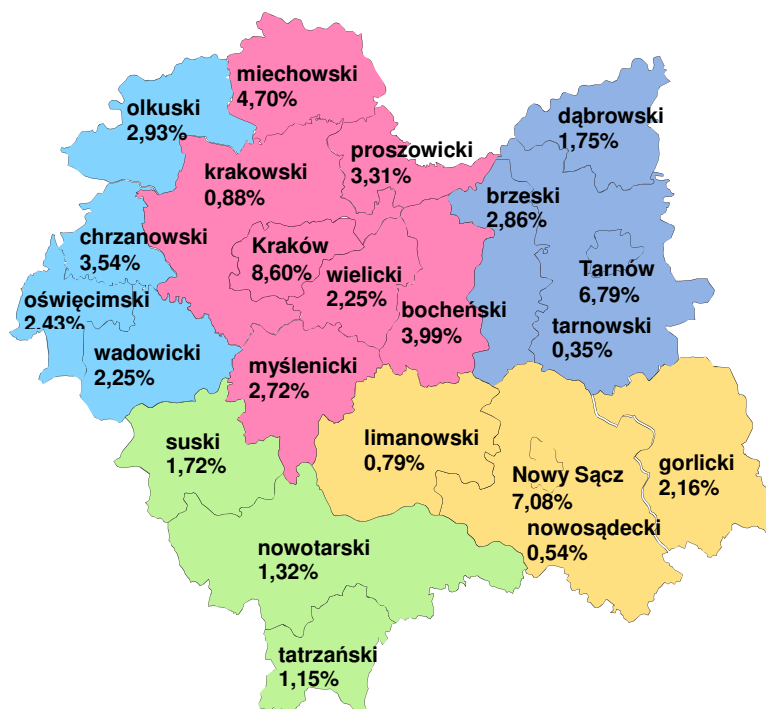
Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

W celu oceny sytuacji dokonano analizy liczby leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami psychicznymi w powiatach województwa małopolskiego. W związku z tym obliczony został odsetek osób leczących się ambulatoryjnie w stosunku do liczby mieszkańców zamieszkującej dany powiat województwa.

Z analizy danych wynika, że najwięcej pacjentów leczyło się na terenie Miasta Krakowa tj. 8,6 % całej populacji zamieszkującej Miasto Kraków. W dalszej kolejności znalazło się Miasto Nowy Sącz – 7,08% mieszkańców tego terenu. Pacjenci leczeni na terenie Miasta Tarnowa stanowili 6,79% wszystkich jego mieszkańców. Najmniej osób leczyło się na terenie powiatu tarnowskiego tj. 0,35% wszystkich mieszkańców powiatu – mapa1.

Mapa 1. Procentowa liczba osób leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami psychicznymi w powiatach województwa małopolskiego w stosunku do liczby mieszkańców zamieszkującej dany powiat województwa w 2016 roku.

- *Subregion Krakowski Obszar Metropolitalny: powiat bocheński, powiat krakowski, Miasto Kraków, powiat miechowski, powiat myślenicki, powiat proszowicki, powiat wielicki.*
- *Subregion Małopolska Zachodnia: powiat chrzanowski, powiat olkuski, powiat oświęcimski, powiat wadowicki.*
- *Subregion Podhalański: powiat nowotarski, powiat suski, powiat tatrzański.*
- *Subregion Sądecki: powiat gorlicki, powiat limanowski, powiat nowosądecki, Miasto Nowy Sącz.*
- *Subregion Tarnowski: powiat brzeski, powiat dąbrowski, powiat tarnowski, Miasto Tarnów.*



% wszystkich mieszkańców zamieszkujących powiat

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM, na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

W 2016 roku liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w województwie małopolskim wyniosła 2 544 osoby, co wskazuje na brak zmian w stosunku do 2015 roku. Liczba leczonych mężczyzn wyniosła 1 798 tj. 70,68% wszystkich leczonych. Opieką czynną objęto 1 642 pacjentów (tj. 64,54% wszystkich leczonych). Liczba leczonych po raz pierwszy wyniosła 1 092 osób tj. 42,92% ogółu pacjentów. W 2016 roku w wieku do 18 lat leczono 236 osób (tj. 9,28% wszystkich leczonych), a w wieku 19-29 lat – 898 osób (tj. 35,30% ogółu leczonych).

Najczęstszym powodem leczenia było używanie kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych – 1 419 osób (tj. 55,78% wszystkich leczonych), w dalszej kolejności znalazło się leczenie z powodu używania leków uspokajających i nasennych – 407 pacjentów, a także współistniejące uzależnienie od alkoholu – 366 osób – tabela 5 i 6.

Tabela 5. Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami spowodowanymi użytkowaniem substancji psychoaktywnych w województwie małopolskim w 2016 roku.

Wyszczególnienie		Leczeni			Leczeni po raz pierwszy		
		ogółem	w tym w wieku		ogółem	w tym w wieku	
			do 18 lat	19-29 lat		do 18 lat	19-29 lat
Ogółem	2015 rok	2 546	248	904	1 195	160	522
	2016 rok	2 544	236	898	1 092	142	467
w tym:	mężczyźni	1 798	154	694	827	99	364
	osoby zamieszkałe na wsi	383	46	157	189	32	82
	opieka czynna	1 642	183	563	699	113	288
Ogółem zaburzenia psychiczne spowodowane użytkowaniem substancji psychoaktywnych według rozpoznania zasadniczego:							
opiaty (F11)		215	6	42	71	3	18
kanabinoles (F12)		259	54	145	143	41	76
leki uspokajające i nasenne (F13)		407	2	32	105	1	17
kokaina (F14)		10	0	3	5	0	1
inne substancje pobudzające, w tym kofeina (F15)		170	17	93	118	14	67
substancje halucynogenne (F16)		4	1	3	2	1	1
lotne rozpuszczalniki (F18)		8	0	3	2	0	2
kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (F19)		1 419	155	573	624	81	283
używanie tytoniu (F17)		52	1	4	22	1	2
współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)		366	1	63	129	0	18
współuzależnienia		140	12	20	72	6	6

* opieka czynna dotyczy pacjentów, którym wyznaczane i egzekwowane są terminy następnych wizyt w ciągu roku.

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Tabela 6. Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa małopolskiego według wybranych rozpoznań i płci w 2016 roku.

Rozpoznanie		m. Kraków	m. Nowy Sącz	m. Tarnów	p. bocheński	p. brzeski	p. chrzanowski	p. dąbrowski	p. gorlicki	p. krakowski	p. limanowski	p. miechowski	p. myślenicki	p. nowosądecki	p. nowotarski	p. olkuski	p. oświęcimski	p. proszowicki	p. suski	p. tarnowski	p. tatrzański	p. wadowicki	p. wielicki
Ogółem		1 879	98	109	0	37	36	0	9	21	5	3	29	3	26	0	149	0	11	8	67	22	32
w tym mężczyźni		1 342	73	77	0	23	21	0	6	12	4	3	21	2	9	0	121	0	7	6	46	14	11
opiaty (F11)	ogółem	204	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	1
	w tym mężczyźni	149	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
kanabinoły (F12)	ogółem	212	13	3	0	5	2	0	1	0	0	0	4	0	7	0	7	0	0	0	4	1	0
	w tym mężczyźni	188	11	2	0	4	2	0	1	0	0	0	4	0	0	0	7	0	0	0	2	1	0
leki (F13)	ogółem	275	3	24	0	10	24	0	0	9	1	0	7	2	17	0	14	0	1	1	5	5	9

Zródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.	kilka lub inne substancje (F19)		inne substancja pobudzające (F15)		kokaina (F14)		w tym mężczyźni	Rozpoznanie
	w tym mężczyźni	ogółem	w tym mężczyźni	ogółem	w tym mężczyźni	ogółem		
	767	998	102	144	8	8	106	m. Kraków
	59	75	1	4	0	0	1	m. Nowy Sącz
	62	78	0	0	0	0	10	m. Tarnów
	0	0	0	0	0	0	0	p. bocheński
	11	15	3	4	0	0	4	p. brzeski
	6	8	0	0	1	1	11	p. chrzanowski
	0	0	0	0	0	0	0	p. dąbrowski
	3	6	0	0	0	0	0	p. gorlicki
	11	12	0	0	0	0	1	p. krakowski
	0	0	1	1	0	0	0	p. limanowski
	3	3	0	0	0	0	0	p. miechowski
	12	13	0	0	0	0	3	p. myślenicki
	1	1	0	0	0	0	1	p. nowosądecki
	1	2	0	0	0	0	8	p. nowotarski
	0	0	0	0	0	0	0	p. olkuski
	105	124	3	3	0	0	6	p. oświęcimski
	0	0	0	0	0	0	0	p. proszowicki
	7	9	0	1	0	0	0	p. suski
	6	6	0	0	0	0	0	p. tarnowski
	29	42	10	11	0	0	2	p. tatrzański
	10	15	1	1	0	0	2	p. wadowicki
	4	12	1	1	0	1	3	p. wielicki

W 2016 roku liczba leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim wyniosła 11 357 osób, co w porównaniu do 2015 roku (11 435) wskazuje na niewielki spadek o 78 osób. Wśród leczonych większość stanowili mężczyźni – 8 862 (tj. 78,03% leczonych ogółem). Liczba leczonych osób zamieszkujących na wsi wyniosła 4 343 (38,24% przypadków). Opieką czynną objęto 5 973 pacjentów co daje 52,59% wszystkich leczonych.

Najczęstszym powodem leczenia był zespół uzależnienia – 9 954 leczonych, w dalszej kolejności współuzależnienia – 994 osoby oraz używanie szkodliwe – 633 pacjentów – tabela 7 i 8.

Tabela 7. Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim w 2016 roku.

Wyszczególnienie		Leczeni		Leczeni po raz pierwszy	
		ogółem	w wieku 0-18 lat	ogółem	w wieku 0-18 lat
Ogółem	2015 rok	11 435	30	5 019	18
	2016 rok	11 357	24	4 405	10
w tym:	mężczyźni	8 862	13	3 488	6
	osoby zamieszkałe na wsi	4 343	6	1 708	3
	opieka czynna	5 973	15	2 261	5
Ogółem zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu według rozpoznania zasadniczego:					
ostre zatrucie (F10.0)		180	1	63	1
używanie szkodliwe (F10.1)		633	17	357	7
zespół uzależnienia (F10.2)		9 954	6	3 847	2
zespół abstynencyjny bez majaczenia (F10.3)		92	0	28	0
zespół abstynencyjny z majaczeniem (F10.4)		20	0	7	0
zaburzenia psychotyczne bez majaczenia (F10.5)		126	0	27	0
zespół amnestyczny (F10.6)		38	0	6	0
inne zaburzenia psychiczne (F10.7, F10.8, F10.9)		314	0	70	0
współistniejące uzależnienie od środków psychoaktywnych (F11-F19)		147	0	49	0
współuzależnienia		994	11	437	4

* opieka czynna dotyczy pacjentów, którym wyznaczane i egzekwowane są terminy następnych wizyt w ciągu roku.

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Tabela 8. Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w powiatach województwa małopolskiego według wybranych rozpoznań i płci w 2016 roku.

Powiat	Leczeni ogółem z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (F10)				Współistniejące uzależnienie od środków psychoaktywnych (F11-F19)	Współuzależnienia
	ogółem	w tym mężczyźni	osoby zamieszkałe na wsi	opieka czynna		
ogółem	11 357	8 862	4 343	5 973	147	994
m. Kraków	4 355	3 223	727	2 491	54	214
m. Nowy Sącz	582	428	226	414	0	112
m. Tarnów	1 295	1 165	914	879	23	29
bocheński	0	0	0	0	0	0
brzeski	173	150	124	159	0	41
chrzanowski	654	504	207	382	18	32
dąbrowski	0	0	0	0	0	0
gorlicki	444	352	260	346	4	176

Powiat	Leczeni ogółem z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (F10)				Współistniejące uzależnienie od środków psychoaktywnych (F11-F19)	Współuzależnienia
	ogółem	w tym mężczyźni	osoby zamieszkałe na wsi	opieka czynna		
krakowski	143	120	91	66	14	0
limanowski	221	186	173	184	0	20
miechowski	81	72	56	0	0	0
myślenicki	344	266	213	84	0	0
nowosądecki	21	13	10	5	0	0
nowotarski	55	37	27	10	10	24
olkuski	455	357	214	175	0	0
oświęcimski	1 031	833	281	279	0	224
proszowicki	105	96	81	76	0	0
suski	209	139	129	25	4	25
tarnowski	223	199	185	223	0	0
tatrzański	246	189	95	103	14	66
wadowicki	342	256	216	0	0	3
wielicki	378	277	114	72	6	17

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

2.2. Leczeni w zespołach (oddziałach) leczenia środowiskowego

Zespoły leczenia środowiskowego (ZLS) udzielają pacjentowi porad w miejscu stałego pobytu, świadczenia te ujęte są w kompleksowy program terapeutyczny. Leczenie w ZLS jest dobrowolne, odbywa się po zakwalifikowaniu do leczenia przez zespół, wyłącznie za zgodą pacjenta, przy współpracy rodziny lub opiekuna faktycznego. Po zgłoszeniu przez pacjenta, rodzinę, opiekuna, oddział szpitalny, poradnię zdrowia psychicznego, POZ lub jednostkę pomocy społecznej (za zgodą pacjenta) potrzeby objęcia pacjenta psychiatrycznym leczeniem środowiskowym, w miejscu zamieszkania pacjenta odbywa się wizyta domowa lekarza psychiatry, podczas której lekarz zapoznaje się z historią chorowania i leczenia, dokonuje oceny stanu psychicznego, a także wstępnej diagnozy problemów osoby chorującej oraz potrzeb związanych z jej terapią i rehabilitacją. Główną ideą psychiatrycznego leczenia środowiskowego jest umożliwienie osobom chorującym podjęcia skutecznej terapii i rehabilitacji w ich najbliższym otoczeniu - bez konieczności separacji z najbliższymi oraz przerywania pracy czy nauki, jaką niesie ze sobą pobyt w szpitalnym oddziale stacjonarnym. Celem działań pracowników ZLS jest zatem stałe monitorowanie stanu psychicznego pacjentów, motywowanie ich do leczenia i szybkie reagowanie w sytuacjach pogorszenia, a także wspomaganie funkcjonowania osób chorujących w środowisku. Dlatego szczególny nacisk kładzie się na rozwój aktywności życiowej pacjentów, uczenie ich, jak radzić sobie z chorobą oraz na poprawę ich umiejętności społecznych – z drugiej strony, pozostając w kontakcie z rodzinami osób chorujących oraz współpracując z Ośrodkami Pomocy Społecznej wzmacniana jest sieć wsparcia społecznego pacjentów, tak aby zwiększyć ich możliwość utrzymania się w środowisku i zmniejszyć potrzebę kolejnych hospitalizacji.

W 2016 roku opieką środowiskową objęto 4 149 pacjentów, co oznacza wzrost liczby leczonych o 32 osoby w porównaniu do 2015 roku. Wśród leczonych mężczyźni stanowili 38,20% (tj. 1 585), a kobiety 62,80% (tj. 2 564). Osoby zamieszkujące tereny wiejskie stanowiły 28,10% (tj. 1 166 pacjentów) wszystkich osób objętych opieką środowiskową. Leczonych w formie środowiskowej w wieku 0-18 było 78 pacjentów (tj. 1,88% wszystkich przypadków), w wieku 19-29 lat 257 osób (tj. 6,19% leczonych), w wieku 65 i więcej 1 870 pacjentów (tj. 45,07% wszystkich leczonych).

Najczęstszą przyczyną objęcia pacjenta opieką środowiskową były organiczne zaburzenia psychiczne z zespołami objawowymi – 1 659 osób (tj. 39,99% ogółu leczonych), w dalszej kolejności schizofrenia – 1 350 pacjentów – tabela 9.

Tabela 9. Leczeni w zespołach (oddziałach) leczenia środowiskowego w województwie małopolskim w 2016 roku.

Wyszczególnienie		Leczeni				Leczeni po raz pierwszy			
		ogółem	w tym w wieku			ogółem	w tym w wieku		
			0-18	19-29	65 i więcej		0-18	19-29	65 i więcej
Ogółem	2015 rok	4 117	66	257	1 713	335	5	33	175
	2016 rok	4 149	78	235	1 870	456	11	30	268
w tym:	mężczyźni	1 585	39	135	536	150	7	18	74
	osoby zamieszkałe na wsi	1 166	21	70	426	149	6	8	91
Zaburzenia psychiczne według rozpoznania:									
organiczne zaburzenia psychiczne z zespołami objawowymi (F00-F09)		1 659	1	26	1 279	258	0	2	228
zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10)		14	0	0	5	0	0	0	0
zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19)		2	0	1	1	0	0	0	0
schizofrenia (F20)		1 350	0	101	303	98	0	14	22
zaburzenia schizotypowe: schizoafektywne i urojeniowe (bez schizofrenii) (F21-F29)		133	1	10	37	5	0	0	0
zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)		612	5	48	204	60	0	8	15
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)		108	36	15	12	18	7	2	1
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59)		7	4	1	1	0	0	0	0
inne		264	31	33	28	17	4	4	2

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

2.3. Leczeni w systemie dziennym

Leczenie w systemie dziennym przeznaczone jest dla pacjentów niewymagających leczenia całodobowego, np. dla osób, które właśnie ukończyły leczenie szpitalne, lecz potrzebują pomocy w powrocie do środowiska i pełnienia ról rodzinnych, społecznych. Przyjęcie do oddziału odbywa się na podstawie ważnego skierowania. Leczenie w oddziałach dziennych odbywa się w trybie planowym, od poniedziałku do piątku, przy dziennej liczbie godzin nie mniejszej niż pięć, w tym w szczególności świadczenia indywidualne. W ramach świadczeń udzielanych w warunkach ośrodka dziennego, pacjent powinien mieć zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, wyżywienie, świadczenia terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. Do oddziału dziennego przyjmowani są pacjenci na podstawie skierowania od lekarza psychiatry.

W 2016 roku w systemie dziennym w województwie małopolskim leczonych było 3 363 pacjentów. Najwięcej pacjentów skorzystało ze świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych – 2 164 tj. 64,35% wszystkich leczonych dziennie. Na oddziałach dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych leczyło się 610 pacjentów (18,14% wszystkich leczonych dziennie), 263 pacjentów leczyło się na oddziałach dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych (tj. 7,82% wszystkich leczonych), 204 osoby leczyły się na oddziałach dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży (tj. 6,07% wszystkich pacjentów), 122 pacjentów leczyło się

na oddziałach dziennych rehabilitacyjnych dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (tj. 3,63% wszystkich leczonych) – tabela 10.

Tabela 10. Liczba leczonych w systemie dziennym w województwie małopolskim w 2016 roku.

Nazwa świadczenia	Liczba leczonych
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	2 164
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	610
Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	263
Świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	122
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	204
SUMA	3 363

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

W 2016 roku najwięcej pacjentów było leczonych z terenu miasta Krakowa tj. 1 402 osoby, w dalszej kolejności z terenu powiatu krakowskiego – 331 pacjentów oraz powiatu chrzanowskiego – 188 pacjentów. Na terenie województwa małopolskiego leczyło się 234 pacjentów nie będących mieszkańcami Małopolski – tabela 11.

Tabela 11. Leczeni w systemie dziennym w powiatach województwa małopolskiego w 2016 roku.

Powiat	Suma	Dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	Dzienne leczenie zaburzeń nerwicowych	Dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	Dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży
ogółem	3 363	2 164	610	263	122	204
m. Kraków	1 402	775	312	136	77	102
m. Nowy Sącz	54	49	2	2	1	0
m. Tarnów	107	104	0	3	0	0
bocheński	85	74	3	8	0	0
brzeski	22	15	4	2	0	1
chrzanowski	188	159	3	2	2	22
dąbrowski	22	19	0	3	0	0
gorlicki	17	16	0	1	0	0
krakowski	331	192	81	19	25	14
limanowski	112	68	41	2	1	0
miechowski	107	19	84	1	1	2
myślenicki	70	59	7	3	1	0
nowosądecki	69	64	2	1	0	2
nowotarski	24	23	1	0	0	0
olkuski	61	52	5	4	0	0
oświęcimski	73	34	0	0	1	38
proszowicki	39	29	6	1	3	0
suski	18	14	3	1	0	0
tarnowski	110	108	0	1	0	1
tatrzański	13	12	0	1	0	0

Powiat	Suma	Dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	Dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	Dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	Dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży
wadowicki	88	83	2	1	1	1
wielicki	117	67	26	13	6	5
inne	234	129	28	58	3	16

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

2.4. Leczeni w systemie stacjonarnym

Leczenie w systemie stacjonarnym przeznaczone jest dla osób wymagających leczenia w warunkach szpitalnych przez całą dobę. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz stwierdzi wskazania do przyjęcia. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu oraz innych osób. Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta bez zgody osoba chora psychicznie: której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego; która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby na leczenie bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę.

W 2016 roku leczonych w systemie stacjonarnym w województwie małopolskim było 13 866 pacjentów. Najwięcej leczonych było w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, 6 005 pacjentów co stanowi 42,63% wszystkich osób leczonych stacjonarnie. Wynika to z faktu, że Szpital zaliczany jest do jednostek jednoprofilowych i jest największą, a zarazem wiodącą jednostką w zakresie lecznictwa psychiatrycznego na terenie województwa małopolskiego, dodatkowo posiada największą liczbę łóżek. W dalszej kolejności pod względem liczby leczonych był Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie, w którym leczonych stacjonarnie było 1 540 pacjentów. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie zaliczany jest do jednostek jednoprofilowych i jest drugą, po Szpitalu Specjalistycznym im. dr. J. Babińskiego, jednostką pod względem udzielanych świadczeń w zakresie lecznictwa psychiatrycznego oraz ilości posiadanych łóżek na terenie województwa małopolskiego – tabela 12.

Tabela 12. Leczeni stacjonarnie w szpitalach psychiatrycznych oraz wieloprofilowych w województwie małopolskim w 2016 roku (bez uzależnień).

Nazwa jednostki	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Średni okres pobytu w dniach
Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	6 005	240 301	40,0
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie	1 540	50 439	32,8
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	480	13 287	27,7
Szpital Uniwersytecki w Krakowie	722	25 428	35,2

Nazwa jednostki	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Sredni okres pobytu w dniach
Szpital Uniwersytecki w Krakowie – oddział dziecięcy	176	7 063	40,1
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie – oddział dziecięcy	202	4 816	23,8
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie	441	16 563	37,6
Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu	305	9 125	29,9
Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie	674	17 486	25,9
Szpital Powiatowy w Chrzanowie	502	9 139	18,2
Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach	1 000	21 707	21,7
Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	732	19 850	27,1
Nowy Szpital w Olkuszu	666	19 366	29,1
Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu	421	16 425	39,0
SUMA	13 866	470 995	34,0

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie formularzy sprawozdawczych, MZ-29 oraz MZ-30.

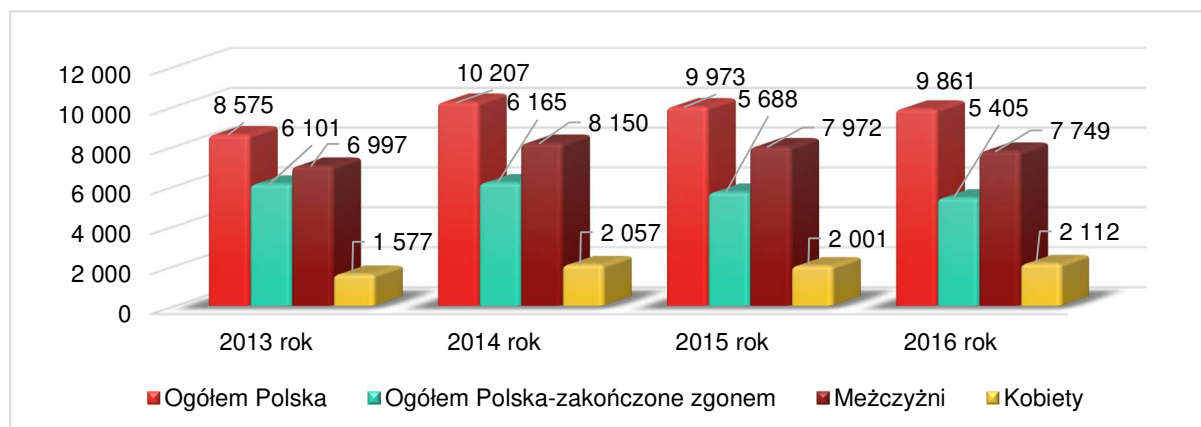
Obserwujemy niewielki ale systematyczny spadek liczby osób leczonych w trybie stacjonarnym. Jest to spowodowane możliwością kontynuacji leczenia w systemie opieki bardziej przyjaznej pacjentowi i umożliwiającej funkcjonowanie w środowisku i pełnienie ról społecznych.

2.5. Samobójstwa w Małopolsce

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, zachowania samobójcze są na całym świecie uznane za jeden z ważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych populacji. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, w ciągu roku około miliona osób na świecie popełnia samobójstwo. Samobójstwo jest jedną z dziesięciu najczęstszych przyczyn zgonów oraz jedną z trzech głównych przyczyn zgonów w grupie wiekowej od 15 do 35 lat. Wyniki przeprowadzonych badań epidemiologiczno-klinicznych, pokazują że nawet 80% ludzi dokonujących skutecznego zamachu samobójczego to osoby przejawiające zaburzenia psychiczne, wśród których depresja znajduje się na pierwszym miejscu. Również analiza przyczyn zgonu osób, z niektórymi formami zaburzeń psychicznych wskazuje, że wśród osób z zaburzeniami: afektywnymi, schizofrenii oraz uzależnień, samobójstwo jest najważniejszą przyczyną przedwczesnej umieralności. Szacuje się, że ryzyko popełnienia samobójstwa w ciągu życia przez osoby z zaburzeniami nastroju (czyli głównie z depresją) wynosi 6–15%, z alkoholizmem 7–15%, a ze schizofrenią 4–10%. Samobójstwo uważa się obecnie za zjawisko wielowymiarowe, będące wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, socjologicznych i środowiskowych.

W Polsce w 2016 roku, 9 861 osób próbowało popełnić samobójstwo (liczba ta zawiera zamachy samobójcze zakończone zgonem oraz z powodu różnych okoliczności nie skutkujące zgonem). Spośród liczby zamachów samobójczych ogółem 5 405 osób (tj.: 54,81% wszystkich prób samobójczych) zmarło w wyniku samobójstwa. Znaczną większość wśród samobójców stanowili mężczyźni – 7 749 w 2016 roku (tj.: 78,58% wszystkich osób) – wykres 2.

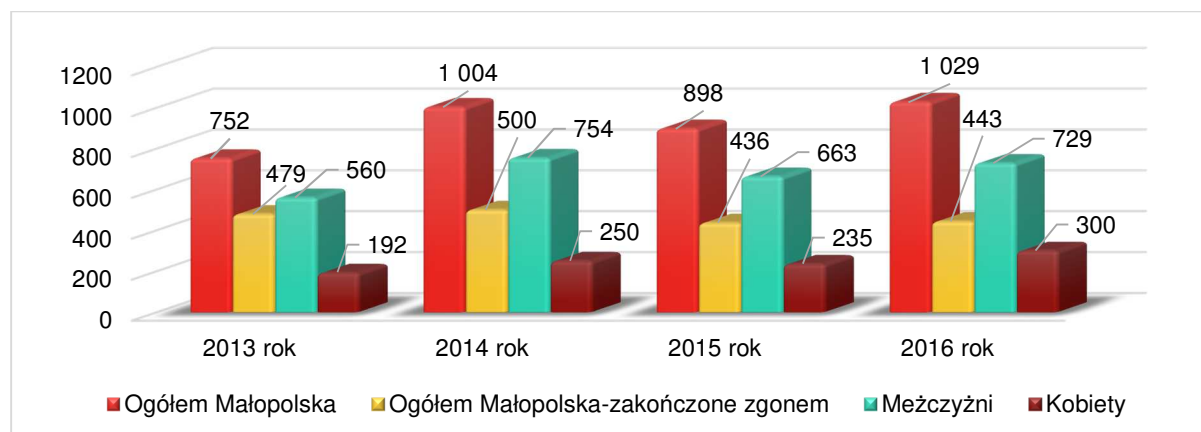
Wykres 2. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie Polski w latach 2013-2016 w podziale na płeć.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych ze strony internetowej www.policja.pl.

Z analizy danych wynika, że w 2016 roku na terenie Małopolski 1 029 osób (tj.: 10,43% zamachów samobójczych popełnionych na terenie Polski) targnęło się na swoje życie. Liczba ta zawiera zamachy samobójcze zakończone zgonem oraz z powodu różnych okoliczności nie skutkujące zgonem. Spośród liczby ogółem w 2016 roku odnotowano 443 przypadki (tj.: 43,05% wszystkich prób samobójczych) zamachów samobójczych zakończonych zgonem. W 2016 roku obserwujemy najwyższy wskaźnik zamachów samobójczych na przestani ostatnich czterech lat. W latach 2013-2016 w ponad 70% przypadków, zamachów samobójczych dokonywali mężczyźni – wykres 3.

Wykres 3. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie województwa małopolskiego w latach 2013-2016 w podziale na płeć.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych ze strony internetowej www.policja.pl.

Liczba zamachów samobójczych, które zakończyły się zgonem wyniosła w: 2013 roku – 479, 2014 roku – 500, 2015 roku – 436, 2016 roku 443. Najwięcej zamachów ze skutkiem śmiertelnym zostało dokonanych w 2014 roku. Dane pokazują, że najczęściej zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachy samobójcze zakończone zgonem oraz nie skutkujące zgonem) dokonują młodzi ludzie tj. w wieku 19-24 lata, wyjątkiem jest 2015 rok gdzie najczęściej targnięcie na własne życie dokonywały osoby w przedziale wiekowym 25-29 lat. W przypadku zamachów samobójczych zakończonych zgonem najczęściej dokonywały ich osoby w wieku średnim tj. 50-59 lat, w dalszej

kolejności były to osoby w wieku 60-64 lata. Najmniej zamachów samobójczych popełniały najmłodsze oraz najstarsze osoby – tabela 13, wykres 4.

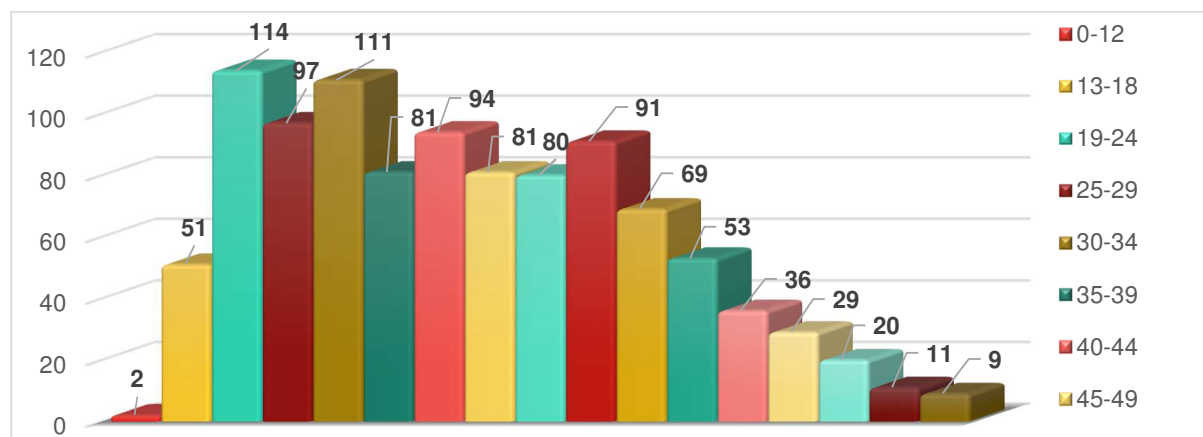
Tabela 13. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie województwa małopolskiego w latach 2013-2016 w podziale na wiek.

Rok	Przedział wiekowy																	SUMA
	0-12	13-18	19-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	wiek nieustalony	
2013	1	32	77	50	71	51	39	50	61	67	53	24	27	12	16	12	109	752
	0*	9*	40*	23*	35*	28*	24*	33*	43*	55*	43*	19*	24*	11*	15*	10*	67*	479*
2014	0	45	118	82	107	84	80	81	100	96	85	43	21	12	24	11	15	1004
	0*	6*	43*	30*	47*	35*	35*	42*	56*	68*	47*	31*	15*	10*	19*	7*	9*	500*
2015	1	59	97	104	83	77	83	63	85	70	66	37	21	27	14	7	4	898
	0*	6*	37*	39*	31*	27*	36*	40*	52*	41*	46*	27*	13*	23*	9*	5*	4*	436*
2016	2	51	114	97	111	81	94	81	80	91	69	53	36	29	20	11	9	1029
	0*	4*	29*	28*	31*	34*	30*	35*	50*	52*	41*	41*	21*	21*	9*	9*	8*	443*

* Liczba samobójstw zakończonych zgonem.

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych ze strony internetowej www.policja.pl.

Wykres 4. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku w podziale na wiek.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych ze strony internetowej www.policja.pl.

Najwięcej zamachów samobójczych w 2016 roku dokonano na terenie Miasta Krakowa – 284 osoby, w dalszej kolejności Miasta Tarnowa wraz z powiatem tarnowskim – 106 osób oraz na terenie powiatu chrzanowskiego – 81 osób. Najmniej targnięć na własne życie dokonały osoby na terenie powiatu miechowskiego – 8, w dalszej kolejności powiatu dąbrowskiego – 11 oraz powiatu tatrzańskiego – 14. Poniżej przedstawiono dane dotyczące miejsca dokonania zamachu samobójczego, a nie miejsca zamieszkania samobójcy – mapa 2.

Mapa 2. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie działalności poszczególnych Komend Powiatowych/Miejskich w 2016 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Komendę Wojewódzką Policji w Krakowie.

Z danych wynika, że w Małopolsce w 2016 roku wskaźnik samobójstw na 10 tysięcy mieszkańców wyniósł 3,04. Spośród wszystkich powiatów z terenu województwa małopolskiego, najwyższy wskaźnik odnotowano w powiecie chrzanowskim – 6,43, wynik ten jest dwukrotnie wyższy niż wskaźnik dla całego województwa. W dalszej kolejności pod względem najwyższego wskaźnika znalazł się powiat: wielicki – 4,06, wadowicki – 3,82 oraz miasto Kraków – 3,71. Najniższy wskaźnik zamachów samobójczych na 10 tysięcy mieszkańców odnotowano w powiecie miechowskim – 1,62. W dalszej kolejności pod względem najniższego wskaźnika znalazł się powiat: krakowski – 1,65, myślenicki – 1,83 oraz dąbrowski – 1,85 – tabela 14 oraz mapa 3.

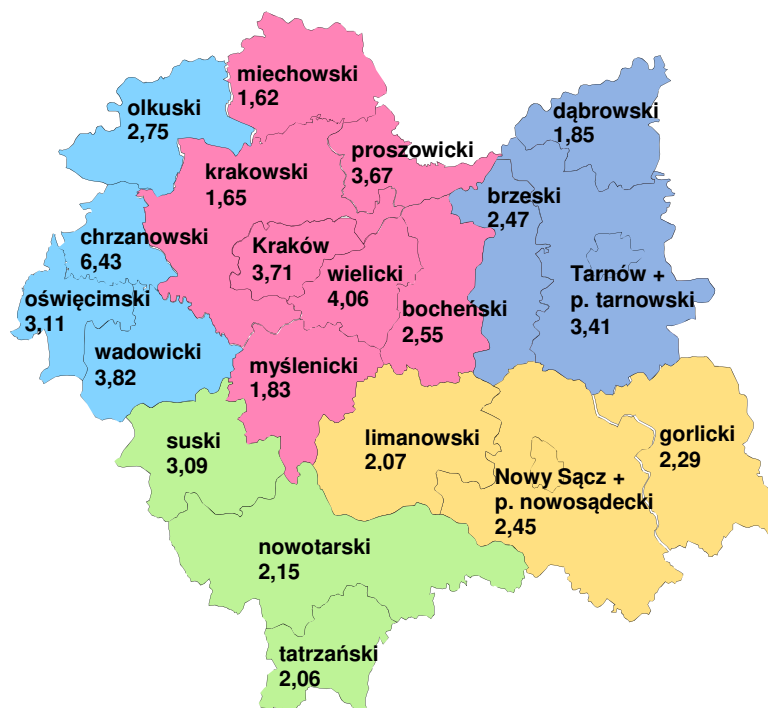
Tabela 14. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie działalności poszczególnych Komend Powiatowych/Miejskich Policji w 2016 roku w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców.

Powiat	Liczba mieszkańców	Liczba samobójstw	Wskaźnik na 10 tysięcy mieszkańców
Małopolska	3 382 260	1 029	3,04
m. Kraków	765 320	284	3,71
m. Nowy Sącz + p. nowosądecki	297 857	73	2,45
m. Tarnów + p. tarnowski	310 996	106	3,41
bocheński	105 747	27	2,55
brzeski	93 001	23	2,47
chrzanowski	126 054	81	6,43
dąbrowski	59 342	11	1,85
gorlicki	109 049	25	2,29
krakowski	272 591	45	1,65

Powiat	Liczba mieszkańców	Liczba samobójstw	Wskaźnik na 10 tysięcy mieszkańców
limanowski	130 289	27	2,07
miechowski	49 505	8	1,62
myślenicki	125 647	23	1,83
nowotarski	190 757	41	2,15
olkuski	112 863	31	2,75
oświęcimski	154 581	48	3,11
proszowicki	43 648	16	3,67
suski	84 184	26	3,09
tatrzański	67 905	14	2,06
wadowicki	159 673	61	3,82
wielicki	123 251	50	4,06
miejsce nie ustalone	-	9	-

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Komendę Wojewódzką Policji w Krakowie.

Mapa 3. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie działalności poszczególnych Komend Powiatowych/Miejskich Policji w 2016 roku w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Komendę Wojewódzką Policji w Krakowie.

Dane poniżej przedstawiają stan świadomości samobójcy podczas dokonywania zamachu na swoje życie (dane jednej osoby mogą występować w kilku pozycjach). Większość osób podczas zamachu samobójczego była pod wpływem alkoholu – 302 osoby, 290 z nich leczyła się psychicznie, a 172 osoby nadużywały alkoholu – tabela 15.

Tabela 15. Liczba zamachów samobójczych ogółem (łącznie zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku z uwzględnieniem stanu świadomości i stanu psychicznego samobójcy.

Stan	Liczba osób*
Trzeźwy	114
Pod wpływem alkoholu	302
Pod wpływem substancji psychoaktywnych	17
Zakłócenie stanu świadomości nie ustalone	586
Leczony psychicznie	290
Leczony z powodu alkoholizmu	48
Nadużywał alkoholu	172
Leczony z powodu narkomanii	3
Zatrzymania w izbie wytrzeźwień	6
Miał sprawę w komisji ds. przeciwdziałania alkoholizmowi	3
Brak informacji dot. stanu psychicznego	562

* dane mogą występować w kilku pozycjach

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych ze strony internetowej www.policja.pl.

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

Zasoby instytucjonalne

3.1. Opieka ambulatoryjna

W 2016 roku liczba poradni zdrowia psychicznego, leczenia uzależnień oraz pozostałych z zakresu leczenia zaburzeń psychicznych na terenie województwa małopolskiego wynosiła 192. Z danych wynika, że w 2016 roku we wszystkich powiatach województwa małopolskiego mieszkańcy mieli dostęp do poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, łącznie było ich 80. Najwięcej tego typu poradni zostało zakontraktowano w Krakowie – 31. W powiecie chrzanowskim zakontraktowano 5 poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, po 4 w: powiecie oświęcimskim oraz w miastach: Nowy Sącz i Tarnów, po 3 w powiatach: krakowskim, limanowskim, nowosądeckim, nowotarskim, oraz wielickim, po 2 w powiatach: brzeskim, gorlickim, myślenickim, olkuskim, wadowickim. W pozostałych powiatach województwa małopolskiego tj.: bocheńskim, dąbrowskim, miechowskim, proszowickim, suskim, tarnowskim oraz tatrzańskim, w 2016 roku zakontraktowano po jednej poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych.

W województwie małopolskim w 2016 roku liczba poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży wynosiła 18, w tym 10 w Krakowie i po jednej w powiatach: bocheńskim, krakowskim, limanowskim, myślenickim, olkuskim, oświęcimskim, wielickim oraz mieście Tarnów. W 13 powiatach województwa małopolskiego nie ma poradni tego typu dla dzieci i młodzieży.

Z danych wynika, że w 2016 roku w województwie zakontraktowano: 1 poradnie leczenia nerwic, 3 poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym, 33 poradnie psychologiczne, 2 poradnie seksuologiczne i patologii współżycia, 1 program terapii zaburzeń preferencji seksualnych, 37 poradni leczenia uzależnień, 9 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, 3 poradnie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu dla dzieci, 4 poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz 1 program leczenia substytucyjnego. Dobry dostęp do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży jest jedynie w mieście Krakowie, w 8 powiatach województwa jest po jednej poradni w tym zakresie, a w 13 powiatach regionu nie ma ani jednej poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – tabela 16 oraz mapa 4.

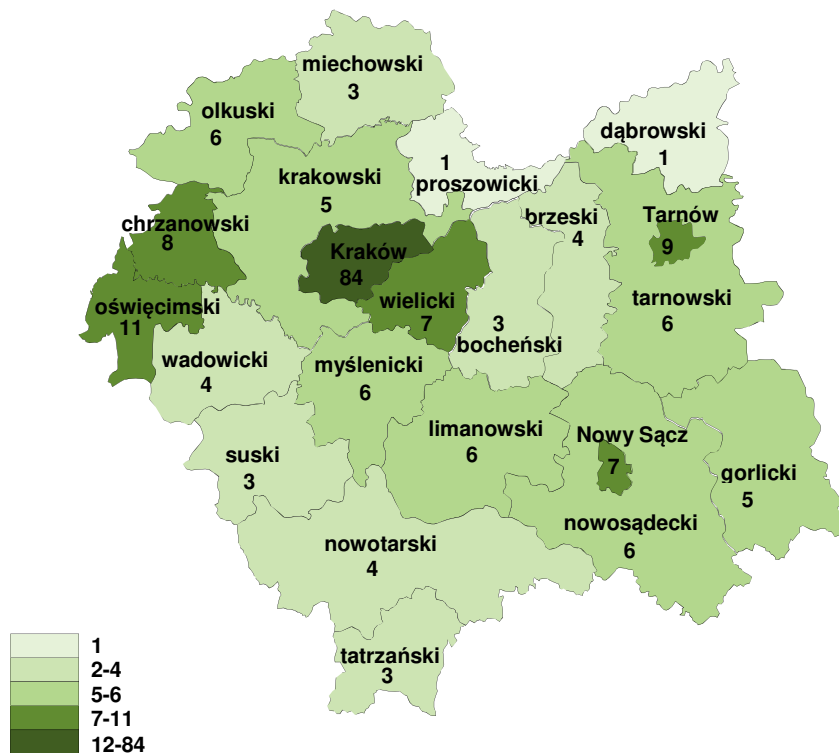
Tabela 16. Poradnie zdrowia psychicznego oraz inne w powiatach województwa małopolskiego w 2016 roku.

Nazwa poradni	Łącznie	p. bocheński	p. brzeski	p. chrzanowski	p. dąbrowski	p. gorlicki	p. krakowski	p. limanowski	p. miechowski	p. myślenicki	p. nowosądecki	p. nowotarski	p. olkusi	p. oświęcimski	p. proszowicki	p. suski	p. tarnowski	p. tatrzański	p. wadowicki	p. wielicki	m. Kraków	m. Nowy Sącz	m. Tarnów
Poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych	80	1	2	5	1	2	3	3	1	2	3	3	2	4	1	1	1	1	2	3	31	4	4
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	18	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	10	-	1
Poradnia leczenia nerwic	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1
Poradnia psychologiczna	33	1	1	-	-	1	-	1	2	1	2	-	2	-	-	1	3	-	1	1	13	1	2
Poradnia seksuologiczna	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-

Nazwa poradni	Łącznie	p. bocheński	p. brzeski	p. chrzanowski	p. dąbrowski	p. gorlicki	p. krakowski	p. limanowski	p. miechowski	p. myślenicki	p. nowosądecki	p. nowotarski	p. olkuski	p. oświęcimski	p. proszowicki	p. suski	p. tarnowski	p. tatrzański	p. wadowicki	p. wielicki	m. Kraków	m. Nowy Sącz	m. Tarnów
i patologii współżycia																							
Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Poradnia leczenia uzależnień	37	-	1	3	-	1	1	1	-	2	1	1	1	3	-	1	1	2	1	1	14	1	1
Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	9	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	5	-	-
Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu dla dzieci	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-
Program leczenia substytucyjnego	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
SUMA	192	3	4	8	1	5	5	6	3	6	6	4	6	11	1	3	6	3	4	7	84	7	9

Źródło: Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

Mapa 4 Rozmieszczenie poradni z zakresu leczenia zaburzeń psychicznych oraz leczenia uzależnień na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

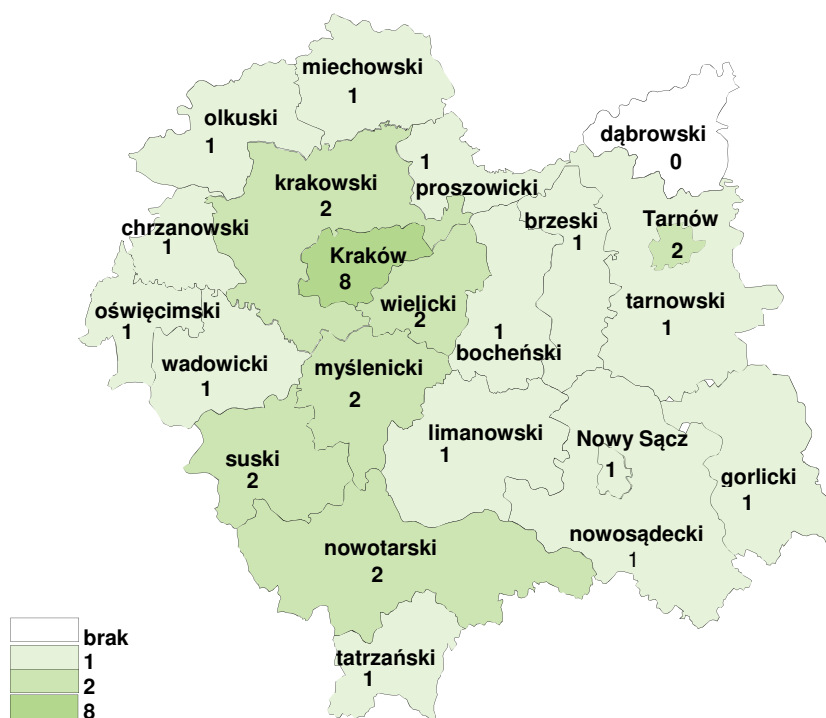


Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

3.2. Zespoły leczenia środowiskowego

W 2016 roku na terenie województwa małopolskiego Narodowy Fundusz Zdrowia zakontraktował 27 Zespołów Leczenia Środowiskowego w 19 na 22 powiaty województwa małopolskiego. Dla porównania w 2011 roku w Małopolsce pacjenci mieli dostęp do 7 ZLS. Dostęp do leczenia środowiskowego w ciągu ostatnich lat znacznie się polepszył, w 2017 uzupełniono dostępność o dodatkowe 7 zespołów w powiatach: nowosądeckim, m. Tarnów, m. Nowy Sącz, m. Kraków. Mieszkańcy mają dostęp do ZLS w 21 powiatach, tylko powiat dąbrowski nie ma zakontraktowanej opieki środowiskowej. Najwięcej ZLS zakontraktowano na terenie miasta Krakowa – 8, po 2 ZLS znajdują się w powiatach: m. Tarnów, krakowskim, suskim, wielickim, myślenickim i nowotarskim – mapa 5.

Mapa 5. Rozmieszczenie Zespołów Leczenia Środowiskowego działających na terenie województwa małopolskiego w 2017 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

3.3. Opieka dzienna

W województwie małopolskim w 2016 roku na oddziałach dziennych z zakresu leczenia zaburzeń psychicznych było w sumie 670 miejsc, w tym 300 miejsc na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, 168 miejsc na oddziałach psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych, 51 miejsc na oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, 78 na oddziale psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju oraz 73 miejsca na oddziałach psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży. Największą liczbę miejsc na oddziałach dziennych w omawianym zakresie zakontraktowano w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie – 145 oraz w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie – 107 – tabela 17.

Tabela 17. Liczba miejsc dla dorosłych, dzieci i młodzieży na oddziałach dziennych psychiatrycznych, rehabilitacyjnych oraz leczenia zaburzeń nerwicowych na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

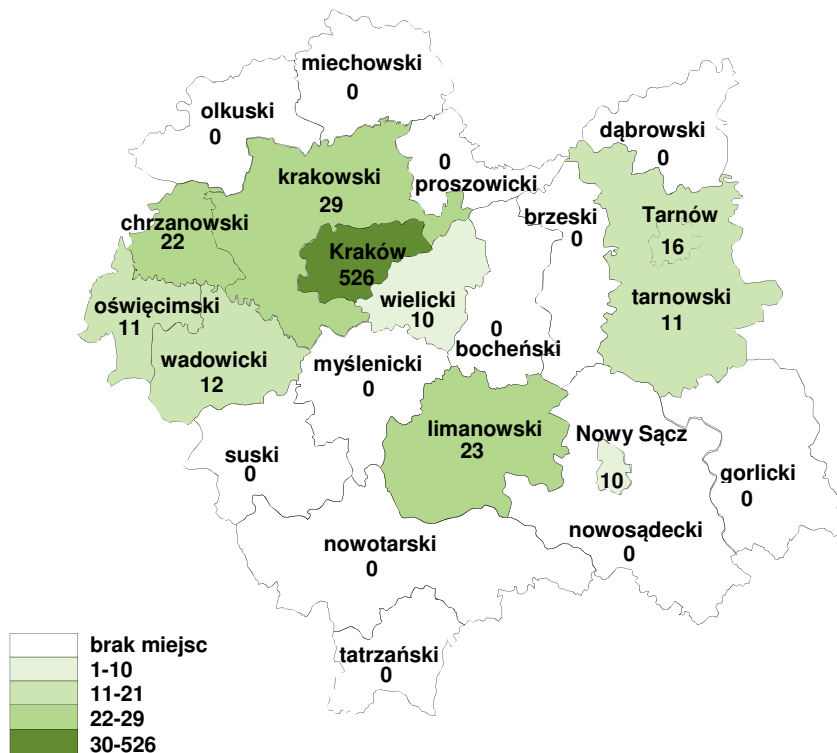
Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa oddziału	Liczba miejsc
Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	20
	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dorosłych	87
Razem Szpital Babińskiego		107
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie	psychiatryczny dla dorosłych	12
Szpital Uniwersytecki w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	47
	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dorosłych	12
	leczenia zaburzeń nerwicowych	48
	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży	38
Razem Szpital Uniwersytecki		145
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży	24
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	33
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	48
NZOZ Multimedis w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	15
Krakowski Zespół Zdrowia Psychicznego MediNorm w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	15
Pro Psyche Ośrodek Zdrowia Psychicznego NZOZ w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	18
Mental Med. Centrum Zdrowia Psychicznego w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	9
Pro-Vita Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	12
Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu	psychiatryczny dla dorosłych	10
Szpital Powiatowy w Chrzanowie	psychiatryczny dla dorosłych	22
Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o. w Tarnowie	psychiatryczny dla dorosłych	16
Centrum Zdrowia w Tuchowie (p. tarnowski)	psychiatryczny dla dorosłych	11
Krakowski Zespół Zdrowia Psychicznego MediNorm, Limanowa	psychiatryczny dla dorosłych	12
	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dorosłych	11
Razem MediNorm, Limanowa		23
NZOZ Specjalistyczne Gabinety Psychiatryczne Logopromed w Krakowie	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dorosłych	22
Ośrodek Terapeutyczno-Rehabilitacyjny „Dolina Słońca” Fundacja Anny Dymnej, w Radwanowicach (p. krakowski)	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dorosłych	29
PROF-MED S.C. Michał Matura, Urszula Matura, Łęzkowice (p. wielicki)	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dorosłych	7
	leczenia zaburzeń nerwicowych	3
Razem PROF-MED		10
Effatha Ośrodek dla Osób z Autyzmem w Krakowie	psychiatryczny rehabilitacyjny dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju	78
NZOZ Ośrodek Rehabilitacji Euro-Med Oświęcimiu	psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży	11
SUMA		670

Źródło: Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

W 2016 roku najwięcej miejsc dla dorosłych, dzieci i młodzieży na oddziałach dziennych psychiatrycznych, rehabilitacyjnych oraz leczenia zaburzeń nerwicowych zakontraktowano w Krakowie – 526, w dalszej kolejności w: powiecie krakowskim – 29 miejsc, powiecie limanowskim – 23 miejsca, powiecie chrzanowskim – 22. W 12 powiatach województwa tj.: bocheńskim, brzeskim, dąbrowskim,

gorlickim, miechowskim, myślenickim, nowosądeckim, nowotarskim, olkuskim, proszowickim, suskim oraz tatrzańskim, nie ma zakontraktowanych miejsc opieki dziennej – mapa 6.

Mapa 6. Rozmieszczenie miejsc dla dorosłych, dzieci i młodzieży na oddziałach dziennych psychiatrycznych, rehabilitacyjnych oraz leczenia zaburzeń nerwicowych na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

3.4. Opieka stacjonarna

W 2016 roku największą liczbę łóżek na oddziałach psychiatrycznych spośród szpitali znajdujących się na terenie województwa małopolskiego posiadał Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie – 668 łóżek, stan ten wynika z faktu, że jest największym tego typu szpitalem monospecjalistycznym w Małopolsce. Szpital Babińskiego w swoich strukturach posiada 6 oddziałów psychiatrycznych ogólnych – 274 łóżka, 2 oddziały rehabilitacji psychiatrycznej – 89 łóżek, 2 oddziały psychogeriatryczne – 120 łóżek, po 1 oddziale: leczenia zaburzeń nerwicowych – 35 łóżek, psychiatrii sądowej – 40 łóżek, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu – 65 łóżek oraz ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi – 45 łóżek (oddział został otwarty w 2015 roku). W 2014 roku został zamknięty oddział neurologiczny. Drugi pod względem ilości łóżek jest Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie, który posiada w sumie 134 łóżka, w tym 108 łóżek na 3 oddziałach psychiatrycznych ogólnych oraz 26 łóżek na oddziale psychogeriatrycznym.

Pozostałe oddziały, w których udzielane są świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej znajdują się w szpitalach wieloprofilowych, które posiadają oddziały psychiatryczne w swoich strukturach. W 2015 roku otwarty został Ośrodek Zdrowia Psychicznego znajdującym się przy Szpitalu Wojewódzkim im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie. Do momentu otwarcia Ośrodka w subregionie tarnowskim występował niedobór łóżek psychiatrycznych, w związku z tym był określany mianem „białej plamy” na małopolskiej mapie zasobów opieki psychiatrycznej. Otwarcie Ośrodka spowodowało wzrost

liczby łóżek oraz poprawę dostępności do opieki psychiatrycznej w subregionie tarnowskim gdzie do 2015 roku nie działał żaden oddział stacjonarny dla chorych psychicznie. Największą ilość łóżek na oddziałach psychiatrycznych wśród szpitali wieloprofilowych posiada Szpital Uniwersytecki w Krakowie – 76 łóżek, w dalszej kolejności Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie (jedyne podmioty lecznicze w subregionie tarnowskim udzielające świadczeń w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej) – 70 łóżek. W 2016 roku na terenie województwa małopolskiego znajdowały się 2 oddziały psychiatryczne dla dzieci, posiadające łącznie 40 łóżek. Jeden w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie – 20 łóżek, drugi w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie – 20 łóżek – tabela 18.

Tabela 18. Liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych stacjonarnych (bez uzależnień) w szpitalach jednoprofilowych oraz wieloprofilowych na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa oddziału	Liczba łóżek	Obłożenie łóżek
Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	psychiatryczny ogólny – 6 oddziałów	274	100%
	rehabilitacji psychiatrycznej – 2 oddziały	89	91%
	leczenia zaburzeń nerwicowych	35	98%
	psychogeriatryczny – 2 oddziały	120	100%
	psychiatrii sądowej	40	104%
	psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	65	100%
	ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi	45	94%
Razem Szpital Babińskiego		668	99%
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie	psychiatryczny ogólny – 3 oddziały	108	104%
	psychogeriatryczny	26	98%
Razem Szpital w Andrychowie		134	103%
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	psychiatryczny dla dorosłych	37	98%
Szpital Uniwersytecki w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	76	92%
	psychiatryczny dla dzieci	20	97%
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	psychiatryczny dla dzieci	20	66%
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie	psychiatryczny dla dorosłych	50	91%
Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu	psychiatryczny dla dorosłych	25	100%
Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie	psychiatryczny dla dorosłych	70	68%
Szpital Powiatowy w Chrzanowie	psychiatryczny dla dorosłych	26	96%
Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach	psychiatryczny dla dorosłych	60	99%
Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	psychiatryczny dla dorosłych	60	91%
Nowy Szpital w Olkuszu	psychiatryczny dla dorosłych	60	88%
Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu	psychiatryczny dla dorosłych	58	78%
SUMA		1 364	95%

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie formularzy sprawozdawczych MZ-29 oraz MZ-30.

Dostępność do leczenia dla dzieci i młodzieży w systemie stacjonarnym jest ograniczona do miasta Krakowa, poza nim nie ma placówek leczenia zaburzeń psychicznych w województwie małopolskim przeznaczonych dla dzieci i młodzieży. Dodatkowo w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im św. Ludwika w Krakowie powstało Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD, pierwszy tego typu ośrodek w Polsce. Rozpoznanie FASD wymaga kompleksowej oceny multidyscyplinarnego zespołu lekarzy specjalistów w oparciu o specjalistyczne badania. Istotnym elementem rozpoznania jest potwierdzenie faktu, iż matka w okresie ciąży spożywała alkohol. Z pomocy Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD mogą skorzystać wszystkie dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi (z podejrzeniem zespołu FASD) w wieku od 0 do 18 lat.

W 2016 roku najwięcej łóżek na oddziałach psychiatrycznych znajdowało się na terenie miasta Krakowa – 871 łóżek. Wynika to z tego, że w Krakowie: działa najwięcej podmiotów leczniczych oferujących stacjonarną opiekę psychiatryczną oraz znajduje się największy szpital psychiatryczny. Kolejny pod względem dostępności do łóżek stacjonarnych jest powiat wadowicki – 134 łóżka. Pozostałe łóżka psychiatryczne dostępne są w szpitalach ogólnych. W mieście Tarnowie mieszkańcy mają dostęp do 70 łóżek. W powiatach: gorlickim, olkuskim oraz nowotarskim znajduje się po 60 łóżek, w powiecie oświęcimskim 58 łóżek, chrzanowskim – 26 łóżek, mieście Nowy Sącz – 25 łóżek. W 13 powiatach województwa małopolskiego tj.: miechowskim, krakowskim, proszowickim, dąbrowskim, brzeskim, bocheńskim, tarnowskim, nowosądeckim, limanowskim, myślenickim, suskim, tatrzańskim oraz wielickim brak jest oddziałów oferujących opiekę psychiatryczną w systemie stacjonarnym – mapa 7.

Mapa 7. Rozmieszczenie łóżek na oddziałach psychiatrycznych stacjonarnych (bez uzależnień) w szpitalach jednoprofilowych oraz wieloprofilowych na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

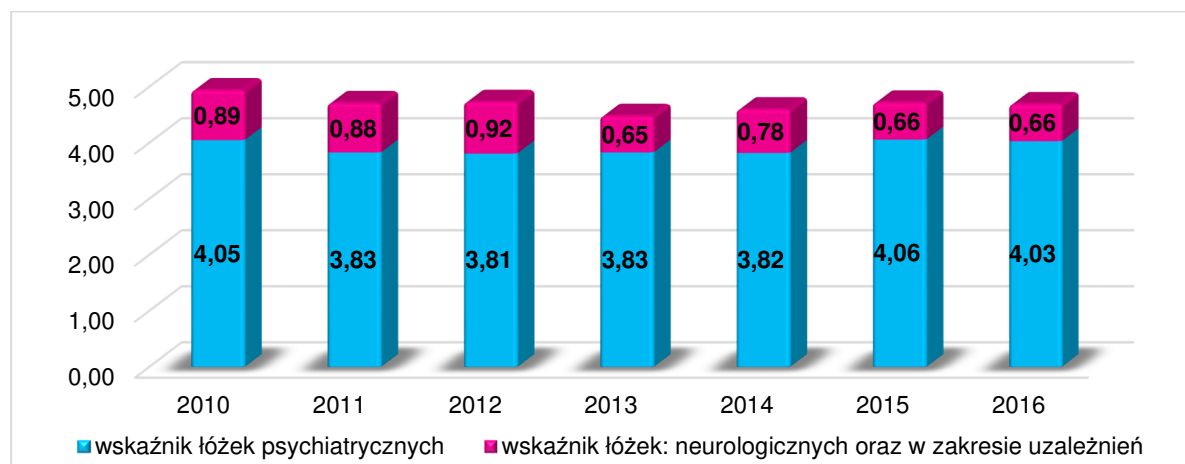


Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie formularzy sprawozdawczych MZ-29 oraz MZ-30.

Wskaźnik łóżek psychiatrycznych oraz w zakresie leczenia uzależnień w szpitalach jednoprofilowych oraz wielospecjalistycznych na 10 000 mieszkańców w województwie małopolskim w 2016 wyniósł 4,69. Analizując liczbę łóżek psychiatrycznych w województwie małopolskim dokonano ich pomniejszenia o łóżka neurologiczne (do 2014 roku) oraz leczenia uzależnień. Po dokonanej

weryfikacji liczba łóżek psychiatrycznych w Małopolsce w 2016 roku wynosiła 4,03 na 10 000 mieszkańców – wykres 5.

Wykres 5. Wskaźnik łóżek psychiatrycznych na 10 000 mieszkańców województwa małopolskiego w latach 2010-2016.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie formularzy sprawozdawczych MZ-29 oraz MZ-30.

3.5. Opieka długoterminowa

Celem pobytu w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

W 2016 roku na terenie województwa małopolskiego działały 3 zakłady opiekuńczo-lecznicze posiadające oddziały psychiatryczne. W sumie dysponowały one 208 łózkami dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które potrzebują całodobowych świadczeń zdrowotnych obejmujących leczenie, pielęgnację i rehabilitację, a nie wymagających już hospitalizacji i zakończono u nich proces diagnozowania, leczenia operacyjnego, a ze względu na stan swojego zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru fachowego personelu – tabela 19.

Tabela 19. Liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

Nazwa świadczeniodawcy	Liczba łóżek
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie	87
Powiatowy Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Grojcu (p. oświęcimski)	55
Raj-Med Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (p. chrzanowski)	66
SUMA	208

Źródło: Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie.

W tej formie opieki jest szczególnie trudna sytuacja, ze względu na długi czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego o profilu psychiatrycznym. W roku bieżącym czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie wynosi około 12 miesięcy. Sytuacja taka wynika z faktu, że znaczną część populacji pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych stanowią osoby w średnim wieku, przebywające w ZOL-ach po kilka lub kilkanaście lat, co sprawia, że zwalnianie się miejsc z przyczyn naturalnych jest dużo rzadsze niż w zakładach opiekuńczo-leczniczych o profilach ogólnych.

3.6. Centra Zdrowia Psychicznego

W 2012 roku na bazie Szpitala Specjalistycznego im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie powstały Centra Zdrowia Psychicznego dedykowane dla poszczególnych dzielnic miasta oraz powiatów krakowskiego, myślenickiego, wielickiego. Struktura powstałych Centrów Zdrowia Psychicznego zgodnie ze statutem Szpitala w 2016 roku wyglądała następująco:

1. **Specjalistyczne Centrum Psychiatrii** (Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu, Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny I, Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny II, Oddział Psychogeriatryczny z Pododdziałem Diagnozowania i Leczenia Otępień, Oddział Psychogeriatryczny, Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznym, Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic).
 2. **Centrum Zdrowia Psychicznego Kraków – Śródmieście** (Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny Dla Podwójnych Diagnoz Kraków – Śródmieście, Zespół Leczenia Środowiskowego Kraków – Śródmieście).
 3. **Centrum Zdrowia Psychicznego Kraków – Krowodrza** (Oddział Psychiatryczny Kraków – Krowodrza I, Oddział Psychiatryczny Kraków – Krowodrza II, Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny Kraków – Krowodrza, Poradnia Zdrowia Psychicznego Kraków – Krowodrza, Zespół Leczenia Środowiskowego Kraków – Krowodrza).
 4. **Centrum Zdrowia Psychicznego Kraków – Podgórze** (Oddział Psychiatryczny Kraków – Podgórze I, Oddział Psychiatryczny Kraków – Podgórze II, Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny Kraków – Podgórze, Poradnia Zdrowia Psychicznego Kraków – Podgórze, Zespół Leczenia Środowiskowego Kraków – Podgórze I, Zespół Leczenia Środowiskowego Kraków – Podgórze II, Zespół Leczenia Środowiskowego Skawina).
 5. **Centrum Zdrowia Psychicznego Kraków – Nowa Huta** (Oddział Psychiatryczny Kraków - Nowa Huta II, Dzienny Oddział Psychiatryczny Kraków – Nowa Huta, Poradnia Zdrowia Psychicznego Kraków – Nowa Huta, Zespół Leczenia Środowiskowego Kraków – Nowa Huta).
 6. **Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska Południe** (Oddział Psychiatryczny Małopolska Południe, Zespół Leczenia Środowiskowego Wieliczka).
 7. **Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska – Północ** (Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny Miechów, Zespół Leczenia Środowiskowego Miechów).
- Pozostałe CZP w Małopolsce są zlokalizowane w powiecie tarnowskim oraz chrzanowskim.
8. **Ośrodek Psychoterapii w Tuchowie** – w powiecie tarnowskim powstał Ośrodek Psychoterapii w Centrum Zdrowia Tuchów posiadający: Dzienny Oddział Psychiatrii, Poradnię Zdrowia Psychicznego, Poradnię Psychologiczną, Zespół Leczenia Środowiskowego, Poradnię Leczenia Uzależnień, Poradnię Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia.

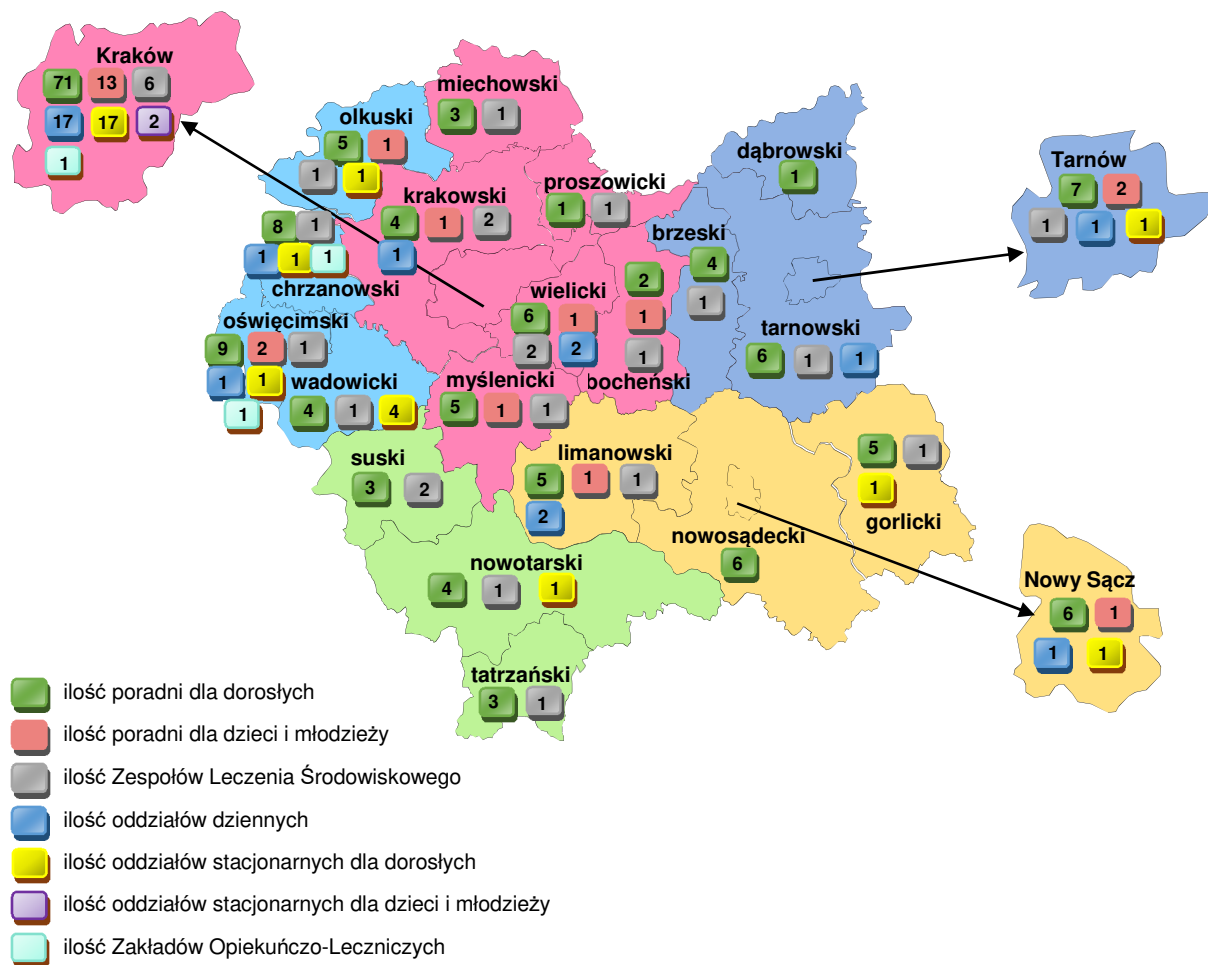
9. **Centrum Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie** (Oddział Stacjonarny Psychiatryczny, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Zespół Leczenia Środowiskowego, Poradnia Zdrowia Psychicznego).

10. **Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży:**

W 2012 roku zostało zawarte porozumienie między Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem im. św. Ludwika w Krakowie oraz Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie – w zakresie wzajemnej współpracy i udzielania świadczeń zdrowotnych i konsultacji pediatrycznych i psychiatrycznych pomiędzy jednostkami. W ramach porozumienia powołane zostało Małopolskie Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (Oddziały Psychiatrii Dzieci, Oddziały Psychiatryczne Dziennego Pobytu, Poradnia Zdrowia Psychicznego).

W Małopolsce Centra Zdrowia Psychicznego, zgodnie z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 mogą powstać w oparciu o istniejące zasoby. Konieczne jest powstanie CZP również w tych obszarach województwa gdzie obecnie oferta w zakresie opieki psychiatrycznej jest bardzo uboga. Na mapie poniżej przedstawiono zasoby opieki psychiatrycznej zgodnie ze stanem w 2016 r. – mapa 8.

Mapa 8. Rozmieszczenie zasobów opieki psychiatrycznej (ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej, stacjonarnej, długoterminowej) na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych z przesłanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki, Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie oraz na podstawie formularzy sprawozdawczych MZ-29 i MZ-30.

3.7. Zasoby kadrowe

W 2016 roku na terenie województwa małopolskiego liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii wyniosła łącznie 565, w tym posiadających pierwszy stopień specjalizacji wyniosła 218, drugi stopień specjalizacji oraz specjalizację w trybie bezstopniowym wyniosła 347. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wyniosła łącznie 40, w tym z pierwszym stopniem specjalizacji 6, z drugim stopniem specjalizacji oraz specjalizacji w trybie bezstopniowym wyniosła 34 – tabela 20.

Tabela 20. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

Wyszczególnienie	Stopień specjalizacji		SUMA
	I	II + tryb bezstopniowy	
Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii	218	347	565
Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży	6	34	40

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Okręgowe Izby Lekarskie.

Dane pokazują, że w 2016 roku liczba specjalistów w: dziedzinie psychologii klinicznej na terenie województwa małopolskiego wyniosła 139, dziedzinie psychologii ogólnej 13 – tabela 21.

Tabela 21. Liczba specjalistów w dziedzinie psychologii na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

Wyszczególnienie	Stopień specjalizacji		Specjalności uzyskane "nowym trybem"	SUMA
	I	II		
Specjaliści w dziedzinie psychologii klinicznej	43	52	44	139
Specjaliści w dziedzinie psychologii ogólnej	13	0	X	13
Inni psychologowie	2	1	X	3

x - specjalizacja nie występuje

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie

Z analizy danych wynika, że na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku pracowało 277 pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – tabela 22.

Tabela 22. Liczba pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego pracujący według podstawowego miejsca zatrudnienia na terenie województwa małopolskiego w 2016 roku.

Wyszczególnienie	Pielęgniarki razem	W tym		z kol.1 z wykształceniem wyższym
		ze specjalizacją	z ukończonym kursem kwalifikacyjnym	
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	277	75	202	128

Źródło: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Problemy kadrowe dotyczą głównie koncentracji specjalistów w mieście Krakowie oraz odpływu kadry do praktyk prywatnych co jednocześnie wiąże się z odbiorem społecznym osób chorujących

psychicznie, które wolą leczyć się poza systemem publicznej służby zdrowia. Natomiast w przypadku opieki dedykowanej dzieciom i młodzieży występuje niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, co utrudnia dostępność dla pacjentów poza aglomeracją krakowską.

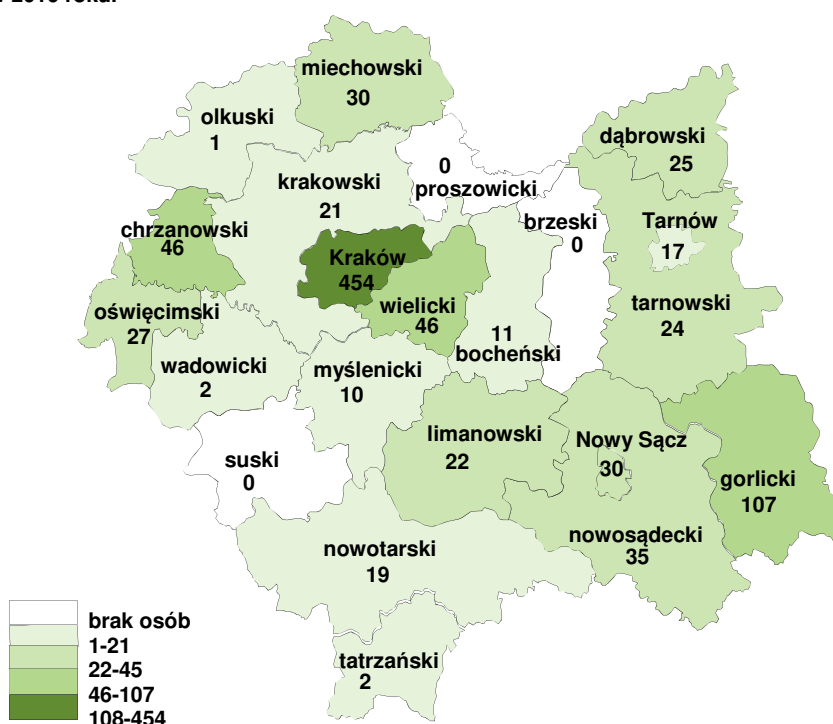
3.8. Pomoc społeczna

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). Dodatkowo integrację społeczno - zawodową oferują zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) czy zakłady pracy chronionej.

Institucje zajmujące się wsparciem integracji zawodowej osób niepełnosprawnych obejmują również osoby z zaburzeniami psychicznymi – jeśli posiadają one orzeczony stopień niepełnosprawności. Jednocześnie trudno ustalić wiarygodną liczbę osób objętych takim wsparciem, gdyż brakuje opublikowanych danych na temat liczby osób niepełnosprawnych z tytułu zaburzeń psychicznych.

Jedną z form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są specjalistyczne usługi opiekuńcze (zadanie zlecone gminom) kierowane do osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W 2016 roku objęto tym rodzajem usług 929 osób (o 57 więcej niż w 2015 roku). Ze specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi korzystali najczęściej, podobnie jak w latach ubiegłych, mieszkańcy Krakowa (454 osoby), a także powiatu gorlickiego (107 osób). Tego rodzaju usługi nie były świadczone w 2016 roku w gminach powiatu: brzeskiego, proszowickiego i suskiego. Pozostali mieszkańcy województwa małopolskiego otrzymali takie usługi w 21 gminach na terenie 10 powiatów: bocheński (w gminie Rzezawa), krakowski (w gminach: Michałowice i Zabierzów), limanowski (w gminach: Łukowica i Mszana Dolna), myślenicki (w gminie Pcim), nowosądecki (w gminach: Grybów, Łącko, Muszyna, Nawojowa i Rytro), nowotarski (w gminach: Spytkowice i Szaflary), olkuski (w gminie Klucze), tarnowski (w gminach: Ryglisce, Skrzyszów i Tuchów), tatrzański (w gminach: Bukowina Tatrzańska i Zakopane), wadowicki (w gminach: Tomice i Wieprz) – mapa 9.

Mapa 9. Liczba osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce w 2016 roku.



Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie na podstawie danych ze Sprawozdania MPIPS-03 za rok 2016.

W Małopolsce w 2016 roku działało 11 mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 8 znajdowało się na terenie miasta Krakowa, 2 miasta Tarnowa i 1 w powiecie oświęcimskim. Łącznie w 2016 roku oferowały one 53 miejsca, z których skorzystało 55 osób – tabela 23.

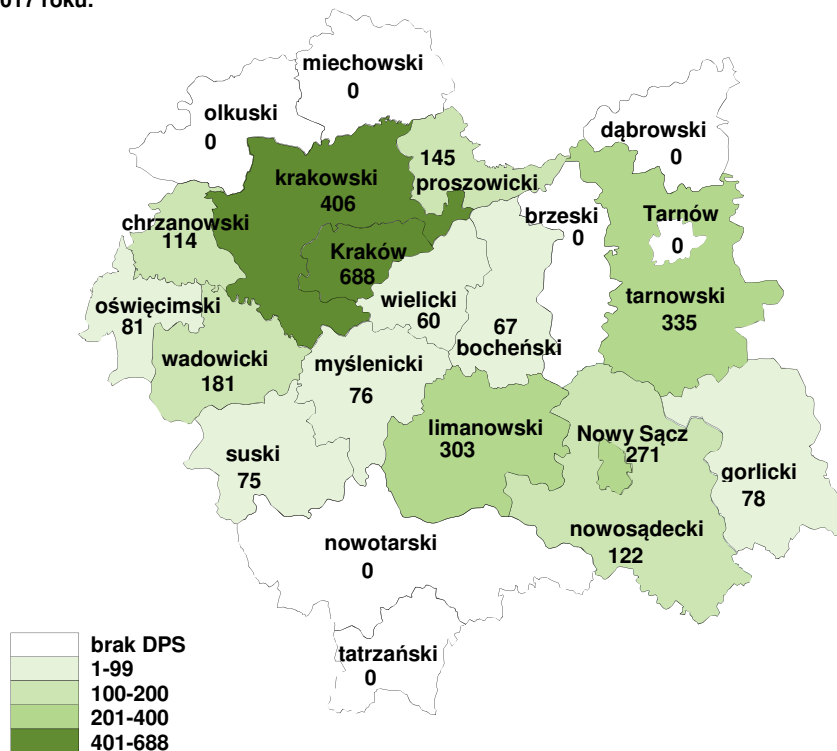
Tabela 23. Specjalistyczne usługi opiekuńcze i mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce w 2016 roku, według powiatów.

Powiat	Ośrodki pomocy społecznej świadczące usługi specjalistyczne		Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
	liczba ośrodków	liczba osób, którym przyznano usługi	liczba mieszkań	liczba miejsc	liczba osób korzystających
m. Kraków	1	454	8	43	48
m. Nowy Sącz	1	30	0	0	0
m. Tarnów	1	17	2	8	7
Bocheński	4	11	0	0	0
Brzeski	0	0	0	0	0
chrzanowski	3	46	0	0	0
Dąbrowski	4	25	0	0	0
Gorlicki	7	107	0	0	0
Krakowski	5	21	0	0	0
limanowski	7	22	0	0	0
miechowski	2	30	0	0	0
myślenicki	3	10	0	0	0
nowosądecki	12	35	0	0	0
nowotarski	7	19	0	0	0
Olkuski	1	1	0	0	0
oświęcimski	3	27	1	2	0
proszowicki	0	0	0	0	0
Suski	0	0	0	0	0
Tarnowski	8	24	0	0	0
Tatrzański	2	2	0	0	0
Wadowicki	2	2	0	0	0
Wielicki	3	46	0	0	0
SUMA	76	929	11	53	55

Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie na podstawie danych ze Sprawozdania MPIPS-03 za rok 2016.

Domy Pomocy Społecznej świadczą osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb. W 2017 roku w Małopolsce funkcjonuje 27 Domów Pomocy Społecznej, które dysponują łącznie 3 002 miejscami pobytu dla osób przewlekle psychicznie chorych. Najwięcej miejsc dla osób przewlekle psychicznie chorych oferowanych jest w Krakowie (3 DPS, 688 miejsc). Następnie ponad 406 miejsc dostępnych jest w 4 domach pomocy społecznej działających na terenie powiatu krakowskiego, kolejno 335 miejsc dostępnych jest w 3 domach pomocy społecznej powiatu tarnowskiego, a 4 placówki powiatu limanowskiego dysponują 303 miejscami. W Nowym Sączu i powiecie wadowickim funkcjonują po 2 DPS oferujące odpowiednio: 271 i 181 miejsc. W pozostałych powiatach funkcjonuje po jednym domu pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, w których oferuje się od 60 do 145 miejsc. Na terenie 7 małopolskich powiatów tj.: miasto Tarnów oraz powiaty: brzeski, dąbrowski, miechowski, nowotarski, olkuski i tatrzański nie funkcjonują domy o takim profilu – mapa 10 oraz tabela 24.

Mapa 10. Domy Pomocy Społecznej – miejsca dla osób przewlekle psychicznie chorych według stanu na dzień 24 czerwca 2017 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Tabela 24. Domy Pomocy Społecznej – miejsca dla osób przewlekle psychicznie chorych

Lp.	Powiat	Adres	Stan na dzień 24.06.2017
1	m. Kraków	Dom Pomocy Społecznej os. Szkolne 28, 31-907 Kraków	50 miejsc
2		Dom Pomocy Społecznej ul. Krakowska 55, 31-066 Kraków	260 miejsc
3		Dom Pomocy Społecznej ul. Łanowa 41, 30-725 Kraków	378 miejsc
4	m. Nowy Sącz	Dom Pomocy Społecznej ul. Nawojowska 155, 33-300 Nowy Sącz	91 miejsc
5		Dom Pomocy Społecznej ul. Nawojowska 159, 33-300 Nowy Sącz	180 miejsc
6	bocheński	Dom Pomocy Społecznej ul. Karolina 14g, 32-064 Bochnia	67 miejsc
7	chrzanowski	Dom Pomocy Społecznej im. Adama Starzeńskiego w Piłazie ul. Wiosny Ludów 4, 32-552 Piłaza	114 miejsc
8	gorlicki	Dom Pomocy Społecznej Klimkówka 67, 38-312 Ropa	78 miejsc
9	krakowski	Dom Pomocy Społecznej Czerna 110, 32-065 Krzeszowice	95 miejsc
10		Dom Pomocy Społecznej ul. Kasztanowa 20, 32-088 Owczary	99 miejsc
11		Dom Pomocy Społecznej oo. Bonifratrów Konary 21, 32-040 Świątniki Górne	63 miejsca
12		Dom Pomocy Społecznej ul. Słoneczna 3, Więckowice 32-082 Bolechowice	149 miejsc
13	limanowski	Dom Pomocy Społecznej ul. Rakoczego 9, 34-730 Mszana Dolna	48 miejsc
14		Dom Pomocy Społecznej Szczyrzyc 182, 34-623 Szczyrzyc	99 miejsc
15		Dom Pomocy Społecznej „Diana” Kasina Wielka 448, 34-741 Kasina Wielka	66 miejsc
16		Dom Pomocy Społecznej Raba Niżna 1, 34-730 Mszana Dolna	90 miejsc
17	myślenicki	Dom Pomocy Społecznej „Biały Potok” Trzemeśnia 377, 32-425 Trzemeśnia	76 miejsc
18	nowosądecki	Dom Pomocy Społecznej Zbyszycze 12, 33-318 Gródek n/Dunajcem	122 miejsca
19	oświęcimski	Dom Pomocy Społecznej Braci Albertynów ul. Bł. Faustyny 4, 32-652 Bulowice	81 miejsc
20	proszowicki	Dom Pomocy Społecznej im. A.Chmielowskiego Łyszkowice 64, 32-104Koniusza	145 miejsc
21	suski	Dom Pomocy Społecznej ul. Żeromskiego 17, 34-220 Maków Podhalański	75 miejsc

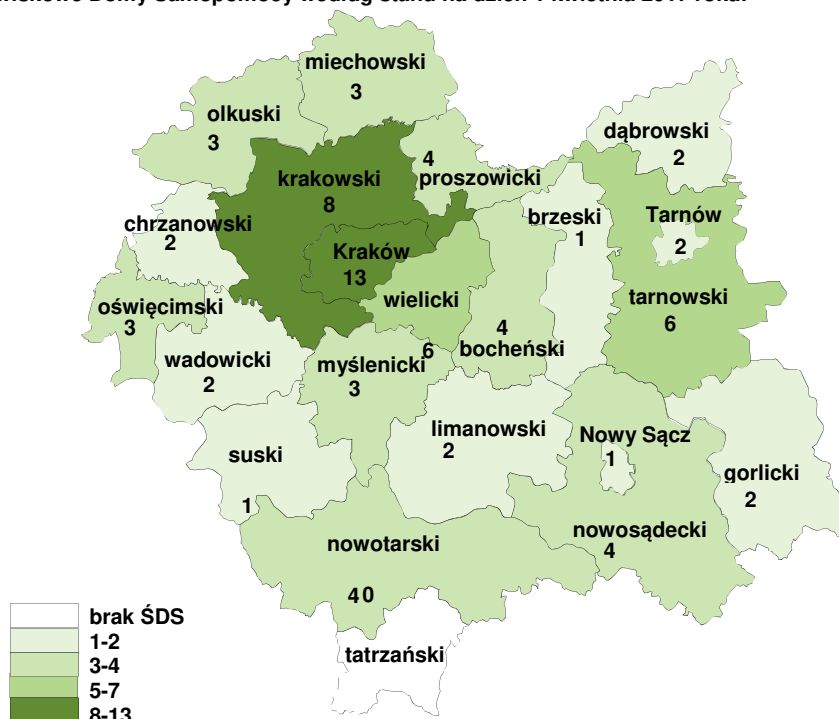
Lp.	Powiat	Adres	Stan na dzień 24.06.2017
22	tarnowski	Dom Pomocy Społecznej Nowodworze 64, 33-112 Tarnowiec	142 miejsca
23		Dom Pomocy Społecznej Stróże 1, 32-840 Zakliczyn	108 miejsc
24		Dom Pomocy Społecznej Sieradza 208, 33-240 Żabno	85 miejsc
25	wadowicki	Dom Pomocy Społecznej Zakonu oo. Bonifratrów Zebrzydowice 1, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska	67 miejsc
26		Dom Pomocy Społecznej ul. Pułaskiego 5, 34-100 Wadowice	114 miejsc
27	wielicki	Dom Pomocy Społecznej Sułków 278, 32-020 Wieliczka	60 miejsc
SUMA			3 002

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, wg. stanu na dzień 24 czerwca 2017 roku.

Do zadań Środowiskowych Domów Samopomocy należy budowanie sieci oparcia społecznego, przygotowanie do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku osób przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie. Domy zapewniają wsparcie w trybie dziennym, ale mogą także prowadzić miejsca całodobowego okresowego pobytu. ŚDS działa co najmniej 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, w tym co najmniej przez 6 godzin dziennie są prowadzone zajęcia z uczestnikami. ŚDS zapewniają trening samoobsługi i umiejętności społecznych oraz przygotowują indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizujący dla swoich podopiecznych.

Dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie małopolskim w 2017 roku wsparcie oferowało 76 środowiskowych domów samopomocy (ŚDS). 13 jednostek zlokalizowanych było w Krakowie, 8 w powiecie krakowskim, a po 6 w powiatach: wielickim i tarnowskim. Po 4 ŚDS zlokalizowane były w powiatach: bocheńskim, nowosądeckim, nowotarskim i proszowickim. W pozostałych powiatach mieszkańcy mieli dostęp do usług od 1 do 3 ŚDS. Powiat tatrzański jest jedynym, który nie dysponuje ŚDS na swoim terenie (podobnie jak w poprzednich latach). Kadra środowiskowych domów samopomocy liczyła 849 osób, przy czym średnio w jednym takim ośrodku zatrudnionych w 2016 roku było 11 pracowników – mapa 11 oraz tabela 25.

Mapa 11. Środowiskowe Domy Samopomocy według stanu na dzień 1 kwietnia 2017 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Tabela 25. Środowiskowe Domy Samopomocy według stanu na dzień 1 kwietnia 2017 roku.

Środowiskowe domy samopomocy o zasięgu gminnym			01.04. 2017r.	Typ ŚDS
Lp.	Gmina	Adres	Ilość miejsc	
1	Biecz	ŚDS w Bieczu ul. Parkowa 1 38-340 Biecz z filią w Gorlicach ul. Wyszyńskiego 19	30	B, C
2	Biskupice	ŚDS Tomaszkowice 455, 32-020 Wieliczka	35	A, B
3	Charsznica	ŚDS Jelcza 219, 32-660 Charsznica	30	A, B, C
4	Chelmek	ŚDS ul. Kochanowskiego 1, 32-660 Chelmek	30	A
5	Gdów	ŚDS Zagórzany 109, 32-420 Gdów	41	A, B, C
6	Jabłonka	ŚDS ul. Tetmajera 43, 4-480 Jabłonka	24	B
7	Jerzmanowice-Przegonia	ŚDS Jerzmanowice 371b, 32-048 Jerzmanowice	25	A, B, C
8	Klucze	ŚDS ul. Źródłana 3, 32-310 Klucze	35	A, B, C
9	Kraków	ŚDS al. Pokoju 7, 30-002 Kraków	21	B
10		ŚDS os. Młodości 8, 31-908 Kraków	57	A
11		ŚDS os. Słoneczne 15, 31-958 Kraków	23	C
12		ŚDS os. Szkolne 30, 31-978 Kraków	30	B, C
13		ŚDS os. Tysiąclecia 86, 31-610 Kraków	29	B
14		ŚDS os. Wandy 23, 31-907 Kraków	15	B, C
15		ŚDS ul. Aleksandry 1 – Filia przy ul. Teligi 26 b, 30-835 Kraków	60	B
16		ŚDS ul. Grottgera 3, 30-031 Kraków	15	B
17		ŚDS ul. Józefa 1, 31-056 Kraków	27	A
18		ŚDS ul. Kurczaba 5, 30-868 Kraków	22	C
19		ŚDS ul. Olszańska 5, 31-126 Kraków	47	A
20		ŚDS ul. Pasteura 1, 31-222 Kraków z filią przy ul. Komandosów 18, 30-334 Kraków	58	A, B
21		ŚDS ul. Piekarska 3, 31-067 Kraków	48	B
22	Krynica	ŚDS ul. Źródłana 59, 33-380 Krynica	40	A, B, C
23	Krzeszowice	ŚDS ul. Ks. Mądrzycha 32, 32-065 Wola Filipowska	32	A, B, C
24	Laskowa	ŚDS Ujanowice, 34-603 Ujanowice	25	A, B
25	Limanowa	ŚDS ul. Kilińskiego 11, 34-600 Limanowa	35	A, B
26	Lisia Góra	ŚDS ul. Sucharskiego 3a, 33-140 Lisia Góra	32	A, B
27	Miechów	ŚDS ul. Szpitalna 1, 32-200 Miechów	30	A, B, C
28	Niepołomice	ŚDS ul. Targowa 5, 32-005 Niepołomice	46	A, B
29	Nowe Brzesko	ŚDS Gruszów 28, 32-120 Nowe Brzesko	30	A, B, C
30	Nowy Targ	ŚDS ul. Podtatrzańska 47a, 34-400 Nowy Targ	30	B, C
31	Nowy Wiśnicz	ŚDS Muchówka 157, 32-720 Nowy Wiśnicz	35	A, B, C
32	Olesno	ŚDS Oleśnica 73, 33-200 Dąbrowa Tarnowska	34	A, B
33	Oświęcim	ŚDS ul. Słowackiego 1a, 32-600 Oświęcim	70	A, B, C
34	Raciechowice	ŚDS Zegartowice 114, 32-415 Raciechowice z filią w Komornikach 98	64	A, B
35	Raławice	ŚDS Kościejów 52, 32-222 Kościejów	30	A, B, C
36	Radłów	ŚDS Siedlce 72, 33-130 Radłów	30	A, B
37	Radziemice	ŚDS Wrocimowice 4, 32-107 Raciechowice	25	A, B, C
38	Ryglice	ŚDS ul. Ks. J. Wyrwy 6, 33-160 Ryglice	25	A, B
39	Słomniki	ŚDS Miłocice 32, 32-090 Słomniki	25	B
40	Stary Sącz	ŚDS Cyganowice 95, 33-340 Stary Sącz	38	A, B
41	Szczawnica	ŚDS Park Dolny 6, 34-460 Szczawnica	30	B

42	Szczucin	ŚDS Dąbrowica 196, 33-230 Szczucin	38	A, B
43	Trzciana	ŚDS Rdzawa 1, 32-733 Trzciana	47	A, B, C
44	Wieliczka	ŚDS os. Sienkiewicza 24, 32-020 Wieliczka	45	A
45	Wieprz	ŚDS Wieprz 995, 34-122 Wieprz	25	B
46	Wolbrom	ŚDS ul. Skalska 20, 32-340 Wolbrom	39	A, B
457	Zabierzów	ŚDS Radwanowice 1, 32-064 Rudawa	35	A, B
48	Zielonki	ŚDS Wola Zachariaszowska ul. Świętego Floriana 19, 32-087 Zielonki	29	A, B, C
49	Żegocina	ŚDS Żegocina 232a, 32-731 Żegocina	35	A, B, C
RAZEM GMINNE			1 701	-
Środowiskowe domy samopomocy o zasięgu powiatowym			01.04. 2017r.	Typ ŚDS
Lp.	Powiat	Adres	Ilość miejsc	
50	m. Nowy Sącz	ŚDS ul. Nawojowska 159a, 33-300 Nowy Sącz	60	A, B
51	m. Tarnów	ŚDS ul. Fatimska 6, 33-100 Tarnów	60	B
52		ŚDS ul. Piotra Skargi 29a, 33-100 Tarnów	25	C
53	bocheński	ŚDS ul Karolina 14f , 32-700 Bochnia	27	A, B
54	brzeski	ŚDS ul. Kościuszki 33, 32-800 Brzesko	45	A, B, C
55	chrzanowski	ŚDS ul. dr. Jana Gołąba 2, 32-551 Babice	20	A, B
56		ŚDS ul. Kolonia Stella 11, 32-500 Chrzanów	40	A, B
57	gorlicki	ŚDS ul. Michalusa 18 z filią ul. Węgierska 28, 38-350 Bobowa	65	A, B
58	krakowski	ŚDS ul. Węgierska 5, 32-050 Skawina	36	A, B, C
59		ŚDS Wola Kalinowska 52a, 32-045 Sułoszowa	30	A, B
60		ŚDS Konary 21, 32-040 Świątniki Górne	35	A, B, C
61	myślenicki	ŚDS ul. 1-ego Maja 66, 32-440 Sułkowice z filią w Lubniu 475	55	A, B
62		ŚDS "Magiczny Domek" w Myślenicach os. 1000-lecia 18A 32-400 Myślenice	20	B
63	nowosądecki	ŚDS ul. Piłsudskiego 119, 33-370 Muszyna	42	A, B
64		ŚDS Zbyszyce 12, 33-318 Gródek nad Dunajcem	32	A, B
65	nowotarski	ŚDS ul. J. Kazimierza 22 „Promyk” z Filią w Rabce Zdrój, ul. Jordana 3 „Radość Życia”, 34-400 Nowy Targ	65	A, B
66	olkuski	ŚDS ul. Piłsudskiego 21, 32-300 Olkusz	45	A, B, C
67	oświęcimski	ŚDS ul. Żwirki i Wigury 27a z placówką w Brzeszczach, 32-650 Kęty, ul. Mickiewicza 2, 32-620 Brzeszcze,	40	A, B
68	proszowicki	ŚDS ul. Małopolska 36, 32-109 Pałecznica	30	A, B, C
69		ŚDS ul. 3-go Maja 2, 32-100 Proszowice	63	A, B, C
70	suski	ŚDS ul. Banacha 1, 34-240 Jordanów	30	A, B
71	tarnowski	ŚDS Nowodworze 64, 33-112 Tarnowiec	30	A, B
72		ŚDS Karwodrza 116, 33-170 Tuchów	30	A, B
73		ŚDS Stróże 1, 32-840 Zakliczyn	20	A, B
74	wadowicki	ŚDS ul. Wojtyłów 16 wraz z filią ul. Daszyńskiego 12, 34-120 Andrychów	70	A
75	wielicki	ŚDS Brzezie 338, 32-014 Brzezie	35	A, B, C
76		ŚDS Śledziejowice 336, 32-020 Wieliczka	21	B, C
RAZEM POWIATOWE			1 071	-
SUMA			2 772	-

A - dla osób chorych psychicznie

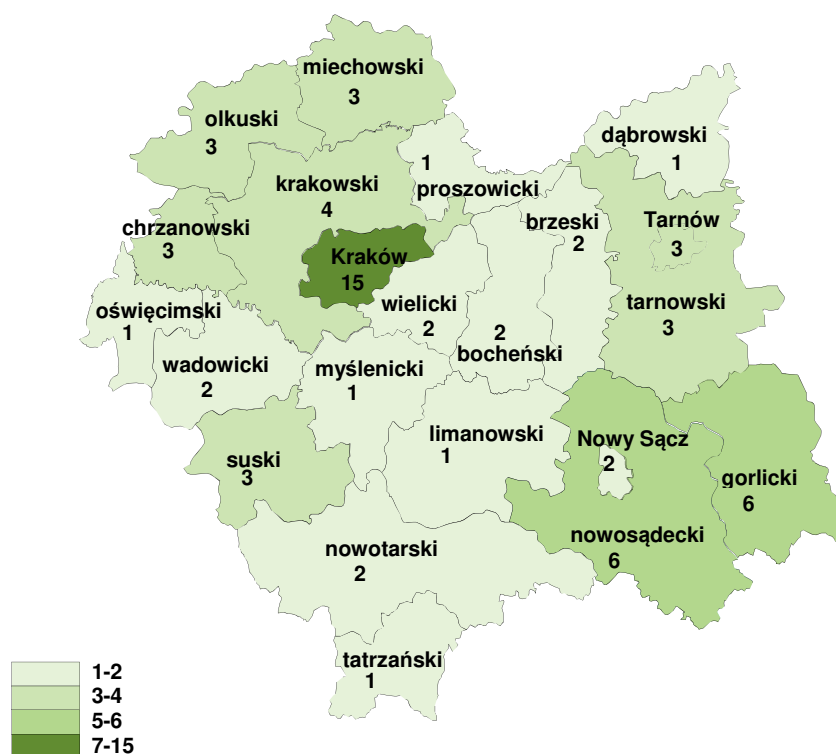
B - dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

C - domy dla osób wykazujących inne niż przewlekłe choroby psychiczne lub niepełnosprawność intelektualną, przewlekłe zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych przesłanych przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.

Relatywnie dobrze rozbudowana jest infrastruktura małopolskich warsztatów terapii zajęciowej (WTZ). Uczestnikami warsztatów mogą być osoby posiadające prawnie potwierdzony status niepełnosprawności, niezdolne do podjęcia pracy. Celem warsztatu jest: aktywne wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz stwarzanie osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Terapię prowadzoną w warsztacie realizuje się na podstawie indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika, który zawiera informacje dotyczące osoby niepełnosprawnej, planowanych działań wobec uczestnika i spodziewanych efektów tych działań. W 2016 roku funkcjonowało w województwie małopolskim 67 warsztatów terapii zajęciowej. Dostęp do tego rodzaju wsparcia mieli mieszkańcy każdego z powiatów regionu. Na terenie poszczególnych powiatów zlokalizowanych było od 1 (na terenie 6 powiatów tj.: dąbrowski, limanowski, myślenicki, oświęcimski, proszowicki, tatrzański) do 15 warsztatów. Najwięcej WTZ funkcjonowało w Krakowie, po 6 w powiatach: gorlickim i nowosądeckim, 4 w powiecie krakowskim. Kadra wszystkich małopolskich warsztatów terapii zajęciowej liczyła w 2016 roku 959 osób, średnio pojedynczy warsztat dysponował 14 pracownikami. W 2016 roku w Małopolsce w zajęciach WTZ uczestniczyło łącznie 2 695 osób z niepełnosprawnościami – mapa 12.

Mapa 12. Warsztaty terapii zajęciowej w Małopolsce w 2016 roku.



Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie na podstawie danych za 2016 rok. Dane pochodzą ze sprawozdania Ocena Zasobów Pomocy Społecznej i informacji pozyskanych z MOPS w Krakowie.

W 2016 roku na terenie województwa małopolskiego działało 8 Zakładów Aktywności Zawodowej, w których w sumie zatrudniano 142 osoby chorujące psychicznie. Po dwa zakłady zlokalizowane były w Krakowie i powiecie nowosądeckim (w gminach Grybów i Nawojowa), a pozostałe 4 w powiatach: krakowskim, miechowskim, olkuskim oraz tarnowskim.

Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” (Zakład Aktywności Zawodowej Pensjonat i Restauracja „U Pana Cogito”) oraz Stowarzyszenie Integryjne Aktywizacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych „Szansa” (Zakład Aktywności Zawodowej Pensjonat „Na Wzgórzach”)

prowadzą działalność o charakterze usługowym, obejmującą hotelarstwo i gastronomię. Osoby zatrudnione zajmują się pracą w recepcji (recepcjoniści), restauracji (kelnerzy) oraz pensjonacie (pokojówki). Stowarzyszenie Kulturalno – Oświatowe „Piast” (Zakład Aktywności Zawodowej im. Wincentego Witosa w Woli Rzędzińskiej) prowadzi działalność o charakterze wytwórczym i usługowym, obejmującą produkcję osprzętu elektroinstalacyjnego, usługi produkcyjne i produkcję folii. Zakład oferuje pracę przy produkcji folii LDPE/LLDPE oraz osprzętu elektroinstalacyjnego. Stowarzyszenie Pomocy „Szansa” (Zakład Aktywności Zawodowej w Witowicach) prowadzi działalność o charakterze wytwórczym i usługowym. Obszar wytwórczy obejmuje produkcję rękodzieł w zakresie: garncarstwa, ceramiki, decoupage, koszykarsko–plecionkarskiej, a także produkcję zniczy nagrobkowych i świec. Obszar usługowy obejmuje: sprzątanie terenów, zdobienie figur gipsowych, świadczenie usług poligraficznych i biurowych, usługi związane z pakowaniem i składaniem odzieży, prowadzenie warsztatów z rękodziela artystycznego. Bonifratska Fundacja Dobroczynna (Zakład Aktywności Zawodowej w Konarach) prowadzi działalność o charakterze wytwórczym i usługowym, obejmującą: pszczelarstwo, ogrodnictwo, pensjonat dla koni, konne jazdy rekreacyjne, pakowanie i składanie półproduktów drobnego rzemiosła. Osoby zatrudnione zajmują się pracą przy: produkcji miodu i wyrobów pszczelich, pakowaniu i składaniu półproduktów drobnego rzemiosła, sprzedaży artykułów wytworzonych przez osoby niepełnosprawne, a także uprawie: borówki amerykańskiej, pigwowca japońskiego, winorośli, czarnej porzeczki oraz podejmują pracę w stajni przy koniach. Spółdzielnia Socjalna „Opoka” (Zakład Aktywności Zawodowej w Kluczach), zajmuje się działalnością o charakterze wytwórczym i usługowym, obejmującą gastronomię i catering, w tym: przygotowywanie posiłków dla klientów instytucjonalnych i indywidualnych oraz obsługą imprez okolicznościowych i szkoleń. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym z siedzibą w Stróżach (Zakład Aktywności Zawodowej im. Matki Bożej Fatimskiej w Stróżach) – działalność o charakterze wytwórczym i usługowym, obejmująca usługi: marketingowe, pralnicze, hodowlano–rekreacyjne, ogrodnicze (szkółka drzewek i krzewów). Osoby zatrudnione w zakładzie zajmują się pracą przy produkcji ulotek, pielęgnacji drzewek i krzewów, a także pracą w pralni oraz w stajni przy koniach. Starostwo Powiatowe w Nowym Sączu (Powiatowy Zakład Aktywności Zawodowej w Nawojowej) prowadzi działalność o charakterze wytwórczym i usługowym, obejmującą pracę w pracowniach: hodowlanej, ogrodniczej, oraz poligraficzno–fotograficznej. Osoby zatrudnione w zakładzie zajmują się pracą: w stajni przy koniach, przy produkcji rozsady kwiatów, warzyw, przy projektowaniu materiałów reklamowych oraz przy obsłudze ksero w tym drukowanie ulotek i plakatów.

W Małopolsce systematycznie rośnie liczba Zakładów Aktywności Zawodowej dzięki temu wzrasta liczba osób chorujących psychicznie, które mogą w nich podjąć zatrudnienie – tabela 26.

Tabela 26. Liczba osób chorujących psychicznie zatrudnionych w Zakładach Aktywności Zawodowej na przestrzeni lat 2008-2016.

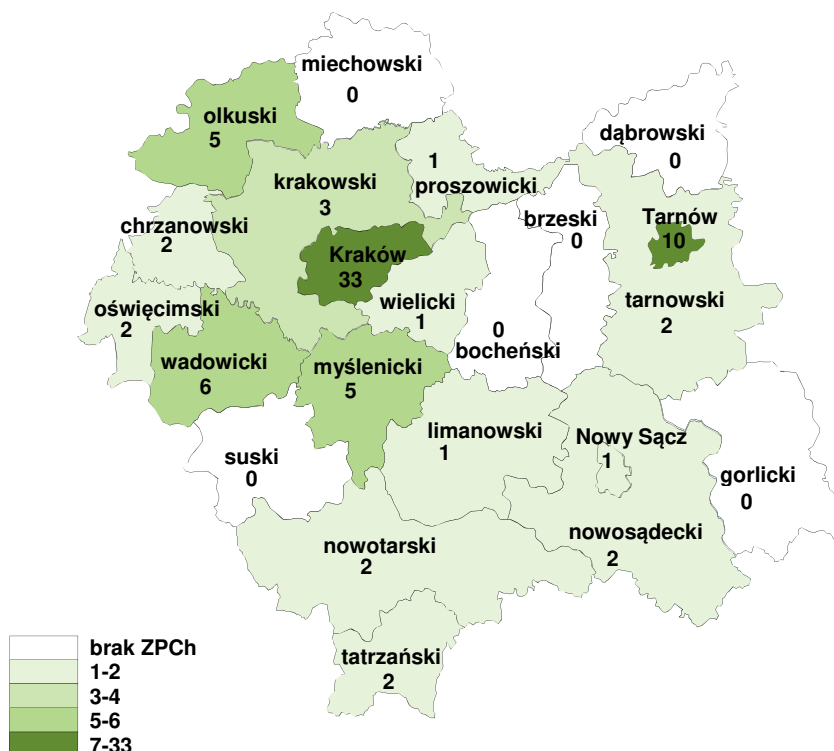
Nazwa podmiotu	2008 rok	2009 rok	2010 rok	2011 rok	2012 rok	2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok
Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne, ZAZ U Pana Cogito	21	21	21	21	22	22	21	22	22
Stowarzyszenie Kulturalno Oświatowe Piast, ZAZ Piast	23	29	21	21	35	25	25	44	41
Stowarzyszenie Pomocy Szansa w Witowicach, ZAZ w Witowicach	8	8	8	7	14	14	13	13	13
Konwent OO. Bonifratrów w Konarach, ZAZ Konary	26	26	26	26	28	23	22	17	20
Stowarzyszenie Integracyjne Aktywizacji Zawodowej Szansa, ZAZ Pensjonat na Wzgórzach	19	20	19	19	21	20	21	21	20
Spółdzielnia Socjalna Opoka, ZAZ Opoka	-	-	-	-	7	9	7	9	8
Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach, ZAZ w Stróżach	-	-	-	-	-	-	-	19	6

Starostwo Powiatowe w Nowym Sączu; ZAZ w Nawojowej	-	-	-	-	-	-	-	11	12
SUMA	97	104	95	94	127	113	109	156	142

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych uzyskanych od ZAZ-ów.

Z roku na rok ubywa zakładów pracy chronionej. Według stanu na dzień 9 marzec 2017 roku w województwie małopolskim funkcjonowało 78 zakładów pracy chronionej (ZPCh), o 3 mniej niż przed rokiem, o 12 mniej niż przed dwoma laty i o 26 mniej niż trzy lata temu. Zlokalizowane są one na terenie 16 powiatów (o 1 mniej niż rok temu), z czego większość w miastach na prawach powiatu: 33 zakłady zlokalizowane są w Krakowie, a 10 w Tarnowie. Natomiast wśród powiatów ziemskich najwięcej ZPCh działa w powiecie wadowickim (6 zakładów). W pozostałych powiatach działa: po 5 zakładów w powiecie olkuskim i myślenickim, 3 zakłady w powiecie krakowskim oraz po 2 w: chrzanowskim, nowosądeckim, nowotarskim, oświęcimskim, tarnowskim i tatrzańskim, a po 1 w Nowym Sączu i powiatach: limanowskim, proszowickim i wielickim. Na terenie 6 powiatów tj.: bocheński (w roku 2016 był jeden ZPCh), brzeski, dąbrowski, gorlicki, miechowski oraz suski nie ma zakładów pracy chronionej – mapa 13.

Mapa 13. Zakłady pracy chronionej w Małopolsce według stanu na dzień 9 marzec 2017 roku.



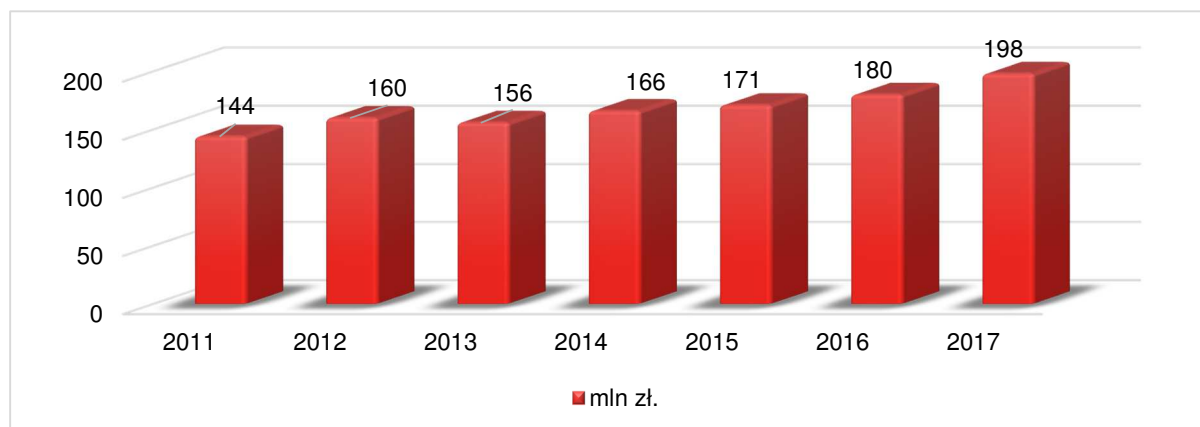
Źródło: Opracowanie własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie na podstawie wykazu zakładów pracy chronionej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie (dostęp: 09.03.2017 r.)

Szeroka oferta różnego rodzaju wsparcia społecznego jest bardzo istotna zarówno w procesie zdrowienia jak i umożliwienia pełnienia przez osoby chorujące psychicznie różnego rodzaju ról społecznych jak i zawodowych.

3.9. Kontraktowanie świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej

Kluczowym zagadnieniem dotyczącym finansowania psychiatrii z jej kompleksowym zakresem udzielania świadczeń medycznych w rodzaju: psychiatria i leczenie uzależnień, jest zapewnienie odpowiedniego jej finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na przestrzeni ostatnich lat, kiedy obowiązywała poprzednia edycja programu nakłady na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień systematycznie rosły, natomiast ciągle dotychczasowy poziom finansowania jest niewystarczający i nie zabezpiecza całkowitych kosztów wykonywanych usług w większości zakresów.

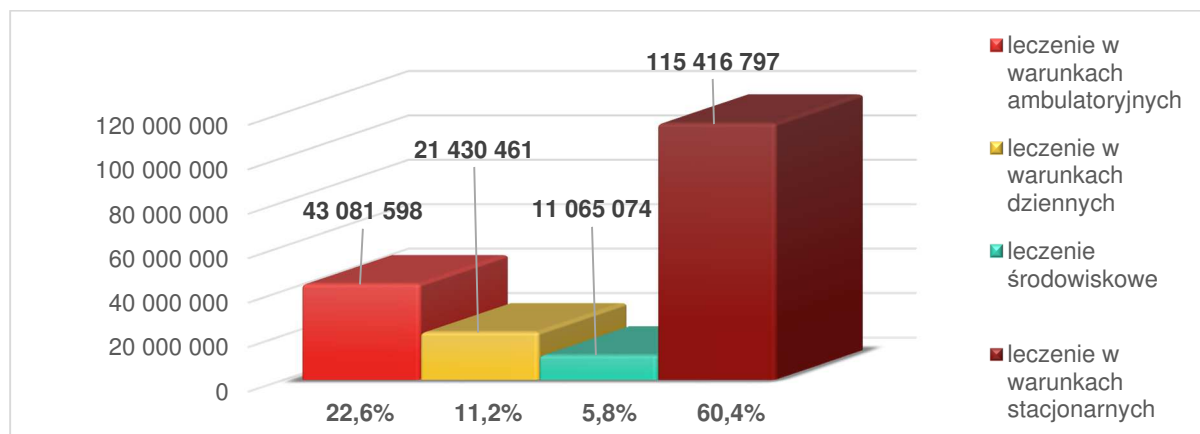
Wykres 6. Nakłady MOZ NFZ na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w latach 2011-2017 w mln zł



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych uzyskanych od MOW NFZ.

Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju: psychiatria i leczenie uzależnień jest na poziomie ok. 3% wartości całego kontraktu dla Małopolski co pozostaje niezmiennie na przestrzeni ostatnich lat. Jednym z postulatów zgłaszanych przez środowiska związane z opieką psychiatryczną 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 MOW NFZ.

Wykres 7. Wartość umów w rodzaju PSY na obszarze województwa małopolskiego w podziale na formę leczenia.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych MOW NFZ, grudzień 2017r.

W 2017 r. wysokość umów na leczenie w warunkach stacjonarnych stanowiła 60 % wartości całego kontraktu w tym obszarze. Jednakże dotychczasowa wysokość finansowania jest niewystarczająca i nie pokrywa kosztów wykonywanych usług medycznych w zakresie zdrowia somatycznego osób leczonych w trybie całodobowym. Jest to sytuacja ciągła, która powoduje pogłębiające się problemy finansowe, materialne i organizacyjne szpitali o profilu psychiatrycznym. Konieczne jest więc podniesienie stawek za wykonywane świadczenia do poziomu, który zapewni pokrycie rzeczywistych kosztów leczenia pacjentów. Leczenie w warunkach ambulatoryjnych stanowi 23 % wartości całego kontraktu i ten rodzaj usług dla osób dorosłych jest zabezpieczony we wszystkich powiatach w Małopolsce. Leczenie w warunkach dziennych stanowi 11 % wartości całego kontraktu i świadczenia te zabezpieczone są w 10 powiatach województwa ale większość miejsc jest dostępnych w Krakowie. W 2017 roku uzupełniono dostępność o dodatkowe 4 oddziały dzienne w powiatach myślenickim, krakowskim, gorlickim i m. Tarnów. Leczenie środowiskowe stanowi 6% wartości całego kontraktu a zespoły leczenia środowiskowego (ZLS) są dostępne w 21 na 22 powiaty województwa. W 2017 r uzupełniono dostępność o dodatkowe 7 zespołów w powiatach: nowosądeckim, m. Tarnów, m. Nowy Sącz, m. Kraków. Obecnie funkcjonują 34 ZLS na terenie Małopolski co oznacza dobre rozmieszczenie tej formy opieki, natomiast z uwagi na całkowitą wartość kontraktu dostępność nie we wszystkich miejscach jest satysfakcjonująca, gdyż czas oczekiwania na objęcie opieką środowiskową może wynosić nawet ok miesiąca.

Tabela 27. Leczenie środowiskowe (domowe)

Rok	Liczba miejsc udzielania świadczeń	Wartość umów	Ilość pacjentów	Liczba przyjęć
2011	7	3 899 912,50 zł	1 897	35 460
2012	25	5 138 781,36 zł	2 465	45 363
2013	27	7 434 250,10 zł	3 374	63 518
2014	27	7 686 384,79 zł	3 668	66 584
2015	27	8 068 271,23 zł	3 723	68 165
2016	27	8 138 281,60 zł	3 988	70 488
2017	34	11 065 074,20 zł	4 161*	61 214*

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych MOW NFZ, grudzień 2017r.

Jednakże ilość osób, którzy są leczeni w systemie opieki środowiskowej systematycznie rośnie co dla pacjenta oznacza ciągłość opieki i możliwość kontynuacji leczenia w miejscu zamieszkania. Jednocześnie powoduje to zmniejszenie ilości osób leczonych w trybie stacjonarnym ze względu na możliwość alternatywnych form leczenia i ciągłość opieki co sprawia, że pacjenci rzadziej wracają na oddział stacjonarny. Reasumując im lepiej działa system opieki środowiskowej tym mniej jest przyjęć w systemie opieki stacjonarnej.

Niezależnie od korzystnych trendów zwiększania wysokości środków finansowych na opiekę w systemie środowiskowym aby podnieść jakość i standard opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi należy zwiększyć wysokość środków finansowych przeznaczanych na leczenie w rodzaju: psychiatria i leczenie uzależnień.

Rozdział 4

Cele oraz sposób realizacji Programu

4.1. Cele główne oraz szczegółowe

Cele główne oraz szczegółowe Małopolskiego 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:

- 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,
 - 1.4. skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.
- 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,
- w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie.

4.2. Sposób realizacji celów

Cel główny			
1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb			
Cel szczegółowy			
1.1. Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Zwiększenia dostępności i zmniejszania 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy. 	2017-2022
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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Placówki ochrony zdrowia. 	2017-2022
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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Placówki ochrony zdrowia. 	2017-2022
4.	Rozwijanie sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz stopniowe zmniejszanie i przekształcanie dużych szpitali psychiatrycznych w placówki specjalistyczne, zapewniające profilowane usługi zdrowotne.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Placówki ochrony zdrowia. 	2017-2022

Cel główny			
1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb			
Cel szczegółowy			
1.2. Upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Wspieranie poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy. 	2017-2022
2.	Wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Placówki ochrony zdrowia. 	2018-2022

Cel główny			
1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb			
Cel szczegółowy			
1.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Urzędy Pracy. 	2017-2022
2.	Wspieranie rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Urzędy Pracy. 	2017-2022
3.	Realizacja projektów dla osób z zaburzeniami psychicznymi mających na celu ich aktywizację zawodową.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Urzędy Pracy. 	2017-2022
4.	Prowadzenie działań szkoleniowo-informacyjnych, adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy, ✓ Urzędy Pracy. 	2017-2022

Cel główny			
1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb			
Cel szczegółowy			
1.4. Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy. 	2017-2022
2.	Realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego. 	2017-2022
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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego, ✓ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej ✓ w Krakowie, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy. 	2018-2022
4.	Działalność Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego koordynującej realizację Programu.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego. 	2017-2022
5.	Współpraca międzynarodowa w zakresie opieki psychiatrycznej – wykorzystywanie dobrych praktyk.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego, ✓ Placówki ochrony zdrowia. 	2017-2022

Cel główny			
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi			
Cel szczegółowy			
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			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego poprzez wprowadzanie w szkołach programów profilaktycznych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.	✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy.	2017-2022
2.	Prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do różnych grup wiekowych.	✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy.	2017-2022
3.	Realizacja programów zdrowotnych/ polityki zdrowotnej służących kształtowaniu postaw prozdrowotnych wśród różnych grup wiekowych w tym także zapobiegających rozwojowi depresji.	✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy.	2017-2022

Cel główny			
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi			
Cel szczegółowy			
2.2. Zwiększanie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.	✓ Samorząd województwa, ✓ Samorząd powiatu, ✓ Samorząd gminy.	2017-2022

Cel główny			
3. Monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie			
Lp.	Zadania	Realizatorzy	Rok realizacji
1.	Gromadzenie i udostępnianie informacji dotyczących ochrony zdrowia psychicznego w województwie.	✓ Samorząd województwa, ✓ Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego.	2017-2022

4.3. Finansowanie Programu na lata 2017-2022

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 zostały zarezerwowane środki finansowe przypisane poszczególnym Ministerstwom na realizację zadań przewidzianych w Programie – tabela 28.

Tabela 28. Zalecane nakłady finansowe z budżetu państwa na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w tysiącach złotych.

Podmiot	2017 rok w tys. zł	2018 rok w tys. zł	2019 rok w tys. zł	2020 rok w tys. zł	2021 rok w tys. zł	2022 rok w tys. zł	Razem lata 2017-2022 w tys. zł
Minister Sprawiedliwości	4 800	4 800	4 800	4 800	4 800	4 800	28 800
Minister Obrony Narodowej	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	36 000
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	100	100	100	100	100	100	600
Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	33 000	33 000	33 000	33 000	33 000	33 000	198 000
SUMA	43 900	43 900	43 900	43 900	43 900	43 900	263 400

Źródło: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022.

Planowane nakłady finansowe na realizację zadań, które wpisują się w Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 wynoszą łącznie 10 648 000 zł, w tym 1 370 000 zł na realizację programu polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki zdrowia psychicznego, 2 623 000 zł na realizację regionalnego programu polityki zdrowotnej oraz 6 655 000 zł na rozwój bazy leczenia psychiatrycznego – tabela 29.

Tabela 29. Planowane nakłady finansowe na realizację zadań, które wpisują się w Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w tysiącach złotych.

Nazwa działania	2017 rok w tys. zł	2018 rok w tys. zł	2019 rok w tys. zł	2020 rok w tys. zł	2021 rok w tys. zł	2022 rok w tys. zł	Razem lata 2017-2022 w tys. zł
Realizacja programu polityki zdrowotnej w zakresie psychiatrii	120	-	250	250	250	250	1 120
Realizacja regionalnego programu polityki zdrowotnej			874	874	874		2 623
Rozwój bazy leczenia psychiatrycznego	2 592	2 363	850	850	-	-	6 655
SUMA	2 712	2 613	1 974	1 974	1 124	250	10 398

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM.

4.4. Zalecane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022

Funkcje, strukturę oraz organizację Centrów Zdrowia Psychicznego, określa Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022.

Centrum Zdrowia Psychicznego realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

1. poprawa jakości leczenia psychiatrycznego – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy;
2. pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia;
3. tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
4. ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji;
5. uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych

1. Funkcjonowanie. Kompleksowość opieki świadczonej przez CZP wynika z:

- a) indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym;
- b) zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych;
- c) koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych;
- d) dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.

Centra Zdrowia Psychicznego dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze lub innych okoliczności uzasadniających inną liczbę mieszkańców. Gęstość sieci (roz rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP. Rozporządzenie nie wskazuje w czyich kompetencjach jest zatwierdzenie planu umiejscowienia CZP.

Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP. Umiejscowienie CZP – pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (w szczególności umowa z podwykonawcą, konsorcjum) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

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

Centrum Zdrowia Psychicznego udziela pomocy:

- a) czynnej, tj. leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;
- b) długoterminowej – innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- c) krótkoterminowej – osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- d) doraźnej – osobom w stanach nagłych i pilnych;
- e) konsultacyjnej – innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

Pierwsza rejestracja chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób. Podmiot prowadzący CZP może również posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień.

2. Struktura

- a) CZP dla dorosłych składa się co najmniej z zespołu: ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne;
- b) środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
- c) dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- d) szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.

Personel CZP może pracować jednocześnie w więcej niż jednym zespole. Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii. Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową – jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę. CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum.

Inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniane przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).

Alternatywne formy wsparcia i leczenia (wobec tradycyjnych, np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeżeli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeżeli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką. Zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeżeli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);

3. Warunki organizacyjne

Forma prawna – CZP jest podmiotem/zakładem leczniczym lub funkcjonuje jako konsorcjum podmiotów lub zakładów.

Zespół (oddział) szpitalny – może być udostępniany w ramach umowy z innym podmiotem leczniczym.

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 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070).

4.5. Niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce wyznaczone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022

Niezbędne kierunki zmian:

Wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Zadania:

1. Systemowa reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca pomoc:

- a) na zasadach równego dostępu (odpowiedzialność publiczna zgodnie z preambułą ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”), dostosowaną do potrzeb, tzn.:
 - odpowiedzialną terytorialnie – dla populacji zamieszkującej określony obszar,
 - zróżnicowaną funkcjonalnie: doraźną, bierną krótko- i długoterminową, czynną.
- b) kompleksową: ambulatoryjną, mobilną/środowiskową, dzienną, całodobową;
- c) koordynowaną: leczenie, systemy wsparcia, uczestnictwo społeczne i zawodowe;
- d) wieloprofesjonalną: zespoły wielodyscyplinarne z odpowiedzialnym kierowaniem;
- e) skuteczną, tzn. respektującą dostępne doświadczenie, dowody naukowe i uzgodnione standardy postępowania;
- f) godziwą (bez naruszania godności) i sprawiedliwą (bez naruszania praw jednostki).

2. Poprawa wskaźników efektywności systemu:

- a) dostępności świadczeń: docelowo podstawowe świadczenia przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę – nagłe natychmiastowe, pilne w czasie nie dłuższym niż 72 godziny;
- b) wskaźników zdrowotnych (według ICD), w tym wskaźników zapadalności, chorobowości, współchorobowości somatycznej, przedwczesnej śmiertelności, czasu trwania życia, samobójstw, DALY;
- c) wskaźników społecznych (np. według ICF7), w tym poziomu funkcjonowania, niesamodzielności, niepełnosprawności, czasowej niezdolności do pracy, jakości życia, wykluczenia i dyskryminacji);
- d) wskaźników ekonomicznych (relacja nakładów do efektów i efektywności).

3. Poszanowanie podmiotowości użytkowników systemu (poszanowanie praw i godności, poszerzanie zakresu współudziału i współdecydowania, minimalizacja opresji).

Warunki:

- a) zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy);
- b) zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przeciwdziałanie ignorancji, procesom napiętnowania, nierównego traktowania i wykluczenia;
- c) ewolucja postaw profesjonalnych – w kierunku zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przygotowanie standardów środowiskowej opieki psychiatrycznej przez towarzystwa naukowe;
- d) zmiana polityczna (odpowiedzialność, legislacja, zarządzanie);

- e) podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatne do skali potrzeb i zaniedbań – zaliczenie ochrony zdrowia psychicznego do priorytetowych zadań polityki zdrowotnej i społecznej państwa, podjęcie deinstytucjonalizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tj. odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;
 - f) zmiana organizacyjna (zasoby, instytucje, kadry, koordynacja, finansowanie, inwestowanie).
- 4. Przełamanie barier międzyresortowych w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego:**
- a) w CZP – wskazanie wymaganego zakresu zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków pomocy społecznej i zintegrowanej oferty świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz instytucjonalne zapewnienie koordynacji ich świadczenia;
 - b) w innych placówkach – stworzenie możliwości świadczenia usług społecznych w placówkach zdrowotnych, a usług zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej (regulacje prawne, zatrudnienie, finansowanie).
- 5. Różnicowanie i udostępnianie zasobów oparcia społecznego, w tym niezbędnej pomocy bytowej i materialnej, usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia i samopomocy, chronionych i wspomaganych form wsparcia mieszkaniowego, wsparcia dla rozwoju ruchów samopomocowych.**
- 6. Różnicowanie i udostępnianie form aktywizacji zawodowej, w tym rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wspomagane oraz przedsiębiorczości społecznej.**
- 7. Kształcenie potrzebnych kadr – zwiększenie zakresu wiedzy i kompetencji psychiatrycznej lekarzy w kształceniu przeddyplomowym, zmiana programu kształcenia specjalistycznego psychiatrów, psychologów klinicznych i pielęgniarek psychiatrycznych w celu poszerzenia kompetencji w zakresie opieki środowiskowej, zapewnienie finansowania szkolenia terapeutów środowiskowych ze środków publicznych, zakończenie prac nad ustawą o zawodzie psychoterapeuty.**
- 8. Koordynacja i odpowiedzialność:**
- a) odpowiedzialność terytorialna (ocena potrzeb, zasobów, wprowadzenie rozwiązań);
 - b) koordynacja regionalna (ponadlokalne potrzeby, zasoby i rozwiązania, wsparcie dla rozwiązań lokalnych) i krajowa (planowanie, legislacja, modelowanie, monitoring).
- 9. Finansowanie: zapewnienie świadczeń ze środków publicznych:**
- a) w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od zasady finansowania pojedynczych usług i zasobów na rzecz bardziej kompleksowych sposobów finansowania;
 - b) w zakresie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od płacenia za pojedyncze świadczenie na rzecz finansowania ryczałtowego za rozpoznanie i leczenie jednostki chorobowej;
 - c) w zakresie świadczeń sądowo-psychiatrycznych i opiekuńczych – według kalkulacji osobodnia.
- 10. Zarządzanie zmianą: udostępnienie różnych metod kształcenia i dokształcania w zakresie zarządzania w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.**

4.6. Pilotaż deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w Polsce

W 2017 roku Ministerstwo Rozwoju, pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Wiedza Edukacja Rozwój, ogłosiło konkurs na *Deinstytucjonalizację usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi*, Działanie 4.1 Innowacje społeczne. Ogólna pula środków

przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie wynosi 226 000 000 zł. Celem konkursu jest wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi poprzez przetestowanie innowacyjnego modelu środowiskowego wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Celem szczegółowym przypisanym innowacjom społecznym jest zwiększenie wykorzystania innowacji społecznych na rzecz poprawy skuteczności wybranych aspektów polityk publicznych w obszarze oddziaływania EFS. Będzie on realizowany m.in. poprzez tzw. makro-innowacje, które mają doprowadzić do zmian w politykach publicznych i upowszechnienia innowacji na skalę krajową. Konkurs podzielony był na dwa etapy. Pierwszy etap koncentrował się na stworzeniu innowacyjnego rozwiązania, a także zawiązaniu partnerstwa gotowego do przetestowania wypracowanego modelu. W rezultacie pozytywnej rekomendacji Grupy Sterującej (w skład której wchodziło przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Rozwoju, Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacje pacjentów oraz eksperci z obszaru merytorycznego konkursu) do konkursu drugiego etapu wskazano 14 modelowych rozwiązań. W chwili obecnej trwa składanie wniosków do dofinansowania na wdrażanie wypracowanych rozwiązań w ramach pierwszego etapu (wnioski można składać do 30 listopada 2017 roku).

4.7. Kierunki działania w obszarze opieki psychiatrycznej w Małopolsce oraz plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego

Działania w obszarze opieki psychiatrycznej w Małopolsce powinny być zgodne z obowiązującym Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Zgodnie z Narodowym Programem niezbędnym kierunkiem zmian jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, co ma być realizowane poprzez szereg działań takich jak upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, dostępność do różnych form pomocy i oparcia społecznego, możliwość skorzystania z różnych form aktywizacji zawodowej oraz koordynacja dostępnych form opieki i pomocy.

Należy zaznaczyć, że wprowadzenie zmian dotyczących poprawy systemu opieki psychiatrycznej będzie możliwe w przypadku zwiększenia poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w tym obszarze przez publicznego płatnika.

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Centrum Zdrowia Psychicznego powinno być utworzone dla populacji od 50-200 tysięcy, dlatego docelowo przy założeniu, że jedno CZP ma być na 200 tysięcy mieszkańców, w Małopolsce powinno ich funkcjonować minimum 16. W 2016 roku funkcjonowało 10 Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym jedno dla dzieci i młodzieży) na obszarze województwa małopolskiego.

Centra Zdrowia Psychicznego powinny powstać stosownie do lokalnych potrzeb oraz w oparciu o istniejące zasoby. Podstawę dla powstania CZP powinny stanowić powiaty oraz miasta na prawach powiatu, w których funkcjonuje oddział stacjonarny i rozbudowywać jego strukturę o pozostałe jednostki, mające wchodzić w skład CZP. Uzasadnione jest założenie, że CZP w województwie małopolskim w przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na danym obszarze, będą mogły zawierać umowy z najbliższym szpitalem, który zapewni całodobowe świadczenia stacjonarne w zakresie opieki psychiatrycznej.

W chwili obecnej w Polsce jesteśmy w okresie przejściowym, jeśli chodzi o tworzenie struktur organizacyjnych oraz potencjalne możliwości kontraktowania i finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego. Plan umiejscowienia Centrów Zdrowia Psychicznego powinien być stworzony z uwzględnieniem liczby mieszkańców, zapotrzebowania na ten rodzaj opieki oraz istniejących zasobów opieki psychiatrycznej. Przy tworzeniu planu rozmieszczenia CZP trzeba mieć również na uwadze potrzeby pacjentów. Można ich podzielić na dwie grupy: tych, którzy chcą być leczeni blisko swojego miejsca zamieszkania i tych, którzy wolą się leczyć z dala od swojego miejsca zamieszkania. W związku

z tym należy tak zaplanować organizację CZP, aby mieli możliwość leczenia stosownie do swoich preferencji oraz dotychczasowego miejsca leczenia.

Uzasadnione jest założenie, że CZP w województwie małopolskim nie zawsze będą musiały zawierać wszystkie elementy, które są przewidziane w strukturze CZP i że będą korzystać z możliwości utworzenia konsorcjum. W ramach struktur: Szpitala Specjalistycznego im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie oraz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Św. Ludwika w Krakowie mogły by powstać CZP dla wybranych dzielnic Krakowa oraz sąsiednich powiatów, ponieważ takie ich usytuowanie zapewni sprawność organizacyjną i stałość instytucjonalną. Dodatkowo pozwoli rozpocząć działalność w ramach CZP bez zbędnych formalności i budowania struktur od nowa. Do powołanych CZP istnieje możliwość włączenia niektórych istniejących w środowisku (dzielnic, powiecie) jednostek opieki ambulatoryjnej i dziennej poza strukturami Szpitala. Natomiast w innych powiatach województwa, w których funkcjonuje oddział stacjonarny należy go przyjąć za podstawę dla utworzenia CZP w powiecie i rozbudowywać jego strukturę o pozostałe jednostki, mające wchodzić w skład CZP, z podstawowym założeniem, iż CZP przyjmuje odpowiedzialność za swój rejon. Obecna koncentracja zasobów (infrastruktury oraz kadry medycznej) daje największą dostępność do leczenia osobom z zaburzeniami psychicznymi w Krakowskim Obszarze Metropolitalnym oraz Małopolsce Zachodniej. Celem priorytetowym w ciągu najbliższych lat jest zwiększanie dostępności w pozostałych regionach Małopolski. Przyjmując takie założenia, CZP mogłyby zostać utworzone na bazie: Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie, Nowego Szpitala w Olkuszu, Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, Szpitala Powiatowego im. Św. Maksymiliana w Oświęcimiu, Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu, Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach oraz Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie.

Rozdział 5

Zarządzanie oraz monitorowanie Programu

Odpowiedzialność za realizację Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 spoczywa na Zarządzie Województwa Małopolskiego, który będzie realizować zadania poprzez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego. W celu osiągnięcia celów operacyjnych Programu i sprawdzenia czy zakładane zadania są realizowane, prowadzony będzie bieżący monitoring Programu, który będzie odbywać się systematycznie przy współdziałaniu wielu instytucji współpracujących i zaangażowanych w jego realizację. Za sporządzanie sprawozdań z realizacji Programu odpowiedzialny będzie Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, który będzie przedstawiał sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Zarządowi Województwa Małopolskiego oraz Komisji Sejmiku Województwa Małopolskiego odpowiedzialnej za ochronę zdrowia. Osiągnięcie założonych w Programie celów operacyjnych wymagać będzie, zatem współdziałania licznych realizatorów oraz partnerów. Poszczególne cele Programu będzie koordynowała Małopolska Rada Zdrowia Psychicznego, która jest organem opiniotawczo-doradczym Marszałka Województwa Małopolskiego w sprawach zdrowia psychicznego.

Do zadań Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego należy:

- koordynacja realizacji zadań niniejszego Programu,
- wypracowywanie i hierarchizowanie przedsięwzięć służących osiągnięciu celów głównych i celów szczegółowych Programu,
- monitorowanie realizacji Programu w skali regionalnej,
- współdziałanie z lokalnymi (powiatowymi) koordynatorami,
- wypracowywanie strategicznych kierunków współpracy z zagranicznymi ośrodkami psychiatrycznymi,
- opiniowanie sektorowych projektów przewidzianych do dofinansowania ze środków Unii Europejskiej.

Skład Rady oraz jej szczegółowy regulamin zawierający harmonogram i ramy działalności jest określany na bieżąco przez Zarząd Województwa Małopolskiego.

Podsumowanie

Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, stanowi podstawę dla podejmowania nowych oraz kontynuowania działań zainicjowanych podczas II edycji wymienionego Programu w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na rzecz mieszkańców województwa małopolskiego. Dokument zgodny jest z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 oraz obowiązującymi dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej w obszarze zdrowia psychicznego.

Opracowanie Programu zostało poprzedzone analizą posiadanych danych oraz rezultatów osiągniętych w wyniku realizacji II edycji. W Programie dokonano oceny dostępności do zasobów opieki psychiatrycznej i różnych form wsparcia społecznego w tym obszarze, posługując się oprócz analiz i opracowań własnych dostępnego materiału, również konsultacjami zewnętrznymi, które potwierdziły kierunki zaproponowanych działań. Analiza zasobów opieki psychiatrycznej wskazuje na nierównomierną dostępność do poszczególnych segmentów opieki psychiatrycznej w subregionach województwa małopolskiego. Zwraca uwagę fakt, że część populacji województwa jest już objęta w sposób ciągły opieką psychiatryczną w modelu środowiskowym. Niespotykane na taką skalę w innych województwach funkcjonowanie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej możliwe jest dzięki rozwijanej od lat działalności zespołów leczenia środowiskowego. Ten model należy dalej rozwijać i doskonalić, wprowadzając we współpracy z właściwymi instytucjami elementy rehabilitacji zawodowej i społecznej osób chorujących psychicznie w sposób ustrukturyzowany. Należy dążyć do wdrażania we wszystkich powiatach województwa małopolskiego kompleksowego modelu opieki integrując istniejące zasoby i uzupełniając je o formy brakujące, przede wszystkim oddziały dzienne i zespoły leczenia środowiskowego, a także nawiązując współpracę z jednostkami pomocy społecznej, przy współpracy i wsparciu samorządów lokalnych.

Współczesne europejskie tendencje w lecznictwie psychiatrycznym, jak również zgodne z nimi wytyczne Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, przewidują zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Optymalnym rozwiązaniem w zakresie modelu opieki psychiatrycznej byłoby tworzenie zintegrowanej opieki psychiatrycznej dla populacji liczących około 200 tys. mieszkańców. Takie lokalne Centrum Zdrowia Psychicznego powinno obejmować również szpitalny oddział stacjonarny i być zlokalizowane np. przy miejscowym szpitalu powiatowym lub w istniejących jednostkach udzielających aktualnie tego typu świadczeń. Przewiduje się, że lokalne CZP miałyby za zadanie zapewnienie odpowiedniej opieki ogólnopsychiatrycznej.

Lecznictwo psychiatryczne specjalistyczne, jak również działalność szkoleniowa, powinna odbywać się w wiodących ośrodkach psychiatrii w Małopolsce, czyli specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych w Krakowie i Andrychowie czy Klinice Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Natomiast Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, jako wiodący ośrodek psychiatryczny, powinien pozostać jednostką specjalistyczną i szkoleniową. Jednostką naukowo-badawczą w zakresie psychiatrii, pozostaje w Małopolsce Katedra Psychiatrii wraz z Kliniką, usytuowana w strukturach Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dodatkowo Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie utworzył w ramach swojej struktury organizacyjnej Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju, którego działalność opiera się przede wszystkim na wykwalifikowanej kadrze specjalistów, dysponujących wiedzą i wypracowanymi koncepcjami, która może stanowić istotne wsparcie dla rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce oraz inicjować prowadzenie badań naukowych i szkoleń w Szpitalu Babińskiego. Ponadto Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju będzie koordynatorem w zakresie wdrażania innowacyjnych rozwiązań w zakresie opieki psychiatrycznej w Szpitalu Babińskiego we współpracy z innymi placówkami naukowymi, jednostkami badawczymi, szkołami wyższymi i organizacjami pozarządowymi. Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju wykonuje swoje zadania współpracując z krajowymi i zagranicznymi podmiotami leczniczymi,

uczelniami wyższymi, ośrodkami i instytucjami naukowymi, naukowo–dydaktycznymi, organizacjami pozarządowymi, a także przedsiębiorcami.

Realizacja założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 uwarunkowana jest podejmowaniem działań, których celem będzie organizacja ogólnopsychiatrycznych oddziałów stacjonarnych i dziennych w szpitalach wielospecjalistycznych jak i tworzenie pozostałych elementów składających się na Centra Zdrowia Psychicznego w poszczególnych powiatach. Działania te powinny być planowane i realizowane wspólnie przez samorządy terytorialne wszystkich szczebli.

Podsumowując, zgodnie z propozycjami zawartymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 opieka psychiatryczna powinna szybciej i bardziej zdecydowanie odchodzić od modelu z dominującą pozycją dużego szpitala psychiatrycznego, a różnicowane formy opieki środowiskowej powinny być dostępne dla mieszkańców. Duża liczba słabo zintegrowanych placówek, wielość podmiotów świadczących usługi zdrowotne skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi, ogranicza efektywność systemu opieki, nie sprzyja koordynacji świadczeń udzielanych pacjentom. Modelowym rozwiązaniem w tej sprawie jest propozycja organizowania Centrum Zdrowia Psychicznego, wraz z dostosowanym do tego właściwym sposobem finansowania świadczeń.

Podczas opracowywania Programu zwrócono również uwagę na bardzo niekorzystną sytuację finansową psychiatrycznego lecznictwa stacjonarnego w Polsce jak również w Małopolsce, skutkiem czego szpitale psychiatryczne, a także większość oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych, generują straty finansowe, pomimo tego, że wskaźniki wykorzystania łóżek zwykle zbliżają się do 100% lub przekraczają tę wartość. Należy więc dążyć do takiego poziomu finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, który umożliwi prawidłowy rozwój tej dziedziny ochrony zdrowia w perspektywie najbliższych lat. Zapotrzebowanie na różne formy lecznictwa psychiatrycznego zależy przede wszystkim od czynników populacyjnych i epidemiologicznych. Niemniej jednak na kształt opieki psychiatrycznej ma wpływ realna polityka zdrowotna państwa, poziom finansowania lecznictwa psychiatrycznego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zależny od wielu czynników, m.in. sytuacji gospodarczej w Polsce w latach kolejnych), skuteczność w rozwijaniu innych niż stacjonarne form lecznictwa psychiatrycznego w Małopolsce, w tym w szczególności opieki środowiskowej oraz stopień koordynacji leczenia szpitalnego i pozaszpitalnego.

Zatem mając na uwadze zapotrzebowanie w zakresie zabezpieczenia potrzeb mieszkańców Małopolski w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego oraz po przeprowadzeniu analizy omówionych powyżej najważniejszych zjawisk związanych z organizacją opieki, rozmieszczeniem zasobów i finansowaniem lecznictwa psychiatrycznego, zaproponowano następujące 3 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.

Przewiduje się, że realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 przyczyni się m.in. do:

- poprawy rozmieszczenia zasobów opieki psychiatrycznej,
- integracji różnych form opieki psychiatrycznej,
- kształtowania zachowań prozdrowotnych w sferze zdrowia psychicznego,
- dostarczania wsparcia i pomocy rodzinie osoby chorującej psychiczniej

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego.
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
5. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.
6. Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska”.
7. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, maj 2014.
8. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa małopolskiego.
9. Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce – raport z badań Anna Liberadzka, Dorota Kurbiel, Kraków 2015.
10. Wykluczenie Społeczne w Małopolsce – strategię przeciwdziałania. Osoby chorujące psychicznie, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2013.
11. Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015.
12. Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa grudzień 2015.
13. Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.
14. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
15. Zdrowie psychiczne Polaków, Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2012.
16. Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020, Witold Paweł Kalbarczyk, Sławomir Murawiec Monika Kalbarczyk, Warszawa, grudzień 2016.
17. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa małopolskiego – ocena potrzeb zdrowotnych na okres od 30 czerwca 2016 do 31 grudnia 2018r., Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie.
18. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2016.
19. Umocnianie 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.