

**ROZPORZĄDZENIE  
RADY MINISTRÓW**

z dnia ..... 2010 r.

**w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego**

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

§ 1.

1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwany dalej „Programem”, określający strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Program jest realizowany w latach 2011 – 2015.

§ 2.

Celami głównymi Programu są:

- 1) promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
- 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 3) rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

§ 3.

1. Do celów szczegółowych Programu należą:

- 1) w zakresie promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym:
  - a) upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
  - b) zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
  - c) zmniejszenie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi,
  - d) organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
- 2) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:
  - a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
  - b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
  - c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
  - d) skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;
- 3) w zakresie rozwoju badań naukowych i systemów informacji:
  - a) przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych,
  - b) promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego,
  - c) unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej,
  - d) ocena skuteczności realizacji Programu.

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

§ 4.

1. Podmiotami realizującymi Program są:

- 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, kultury, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej;
- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) samorządy województw, powiatów i gmin.

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

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, jeżeli pozwala na to charakter wynikających z programu zadań, realizują Program we współpracy z podmiotami, o których mowa ust. 2, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

#### § 5.

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

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

#### § 6.

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

**PREZES  
RADY MINISTRÓW**

---

<sup>1)</sup>Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 Nr 113, poz. 731 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106 poz. 668, z 1999 r. Nr 11 poz. 95, z 2000 r. Nr 120 poz. 1268, z 2005 r. Nr 141 poz. 1183, Nr 175 poz. 1462 i Nr 167 poz. 1398, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108 oraz z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817.

<sup>2)</sup>Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 116, poz. 1203 i Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 155, poz. 1298, Nr 169, poz. 1420, Nr 175, poz. 1462 i Nr 249, poz. 2104, z 2006 r. Nr 94, poz. 651, z 2008 r. Nr 209, poz. 1316 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100 i Nr 22, poz. 120.

---

### UZASADNIENIE

Celem rozporządzenia jest stworzenie podstawy prawnej do podjęcia szeroko zakrojonych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, których konieczność wynika ze stale wzrastającego zagrożenia dla tej sfery życia obywateli. Polska staje się integralną częścią światowego systemu społeczno-ekonomicznego, szczególnie od chwili uzyskania członkostwa w Unii Europejskiej, w maju 2004 r.

Te zmiany niosą z sobą niezwykle szanse rozwojowe, ale niestety także wiele znanych i nowych zagrożeń ekonomicznych, ekologicznych, społecznych i zdrowotnych, w tym zagrożeń dla zdrowia psychicznego, które wynikają z szybkiego i słabo kontrolowanego przebiegu procesów społecznych. Nakładają się one na inne, stałe zagrożenia związane z czynnikami jednostkowymi (biologicznymi i psychicznymi) oraz społecznymi.

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

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

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

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

Zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i całodobowej, znacznie częściej leczą się mieszkańcy miast niż wsi. W roku 1990 różnica między wskaźnikami rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych ludności miejskiej i wiejskiej wynosiła 81%, a w 2004 - 66%. W opiece całodobowej nie obserwuje się dużej zmiany - 62% różnicy w 1990 roku i 58% w 2004. W odniesieniu do obu rodzajów opieki są to w dalszym ciągu duże różnice, powodowane nie tylko mniejszą

skłonnością osób pochodzenia wiejskiego do szukania pomocy psychiatrycznej, ale w znacznej mierze mniejszą dostępnością placówek psychiatrycznych w rejonach zamieszkałych przez ludność wiejską.

W opiece ambulatoryjnej w 1990 roku przewaga kobiet była minimalna – różnica między wskaźnikami mężczyzn i kobiet wynosiła zaledwie 1%. W ciągu 15 lat różnica ta powiększyła się do 10%. W lecnictwie całodobowym obserwuje się przewagę mężczyzn, a różnice ze względu na płeć są większe niż ze względu na miejsce zamieszkania i co więcej pogłębiły się. W roku 1990 przewaga mężczyzn była 68%, a w roku 2004 – 78%. Jest to spowodowane dużą (i powiększającą się) liczebnością hospitalizacji osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (28% leczonych w 1990 roku i 31% w 2004), wśród których każdego roku występuje około 7-krotna przewaga mężczyzn.

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

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

Istotną, dodatkową miarą kondycji psychicznej społeczeństwa jest także rozpowszechnienie samobójstw zakończonych zgonem, których częstość wzrosła w okresie transformacji w latach 1990- 2004 o ponad 22%. W roku 2004 po raz pierwszy liczba zgonów z powodu samobójstwa przekroczyła 6000 przypadków .

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

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

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

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

W sondażu CBOS z czerwca 2005 r. przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie dorosłej ludności Polski, respondenci deklaruowali znaczny stopień poczucia zagrożenia zdrowia psychicznego (45% czasami niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne) i bardzo częste (85% wskazań) przekonanie, że obecne warunki życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego, co wiązało z wieloma czynnikami społecznymi i cywilizacyjnymi (najczęściej z bezrobociem 77%, kryzysem rodziny 47%, biedą 41%, nadużywaniem alkoholu i narkotyków 39%). Zdecydowana większość (85%) badanych aprobowała utworzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego zadaniem byłoby zapobieganie zagrożeniom zdrowia psychicznego i unowocześnienie lecnictwa psychiatrycznego.

Mając na względzie przytoczone powyżej okoliczności należy stwierdzić, iż podstawowymi przyczynami uzasadniającymi podjęcie szeroko zakrojonych działań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego są:

- 1) sukcesywny wzrost od początku lat dziewięćdziesiątych zachorowalności na psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia psychiczne – spowodowany zmianami społeczno-ekonomicznymi generującymi nowe zagrożenia dla zdrowia psychicznego (bieda, bezrobocie oraz brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego),
- 2) istniejący od wielu lat deficyt kadr i środków w psychiatrycznej opiece zdrowotnej – wynik długotrwałych zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny ochrony zdrowia,
- 3) konieczność dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów – rozwój lecnictwa niestacjonarnego zgodnie z założeniami modelu leczenia środowiskowego,
- 4) konieczność zmiany nastawienia do zaburzeń psychicznych tak chorych, jak i ich otoczenia – do tej pory określenie „chory psychicznie” ma charakter stygmatyzujący, co znacząco zmniejsza szanse na zapobieganie i skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych.

Wychodząc naprzeciw wskazanym wyzwaniom projekt niniejszego Programu został przygotowany z uwzględnieniem:

- 1) rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie ochrony praw człowieka i podstawowych wolności osób z zaburzeniami psychicznymi, która została przyjęta przez Radę Europy w roku 2004, a zwłaszcza artykułu 3, który dotyczy promowania zdrowia psychicznego poprzez wspieranie rozwoju programów promocji zdrowia psychicznego, mających na celu poszerzenie w społeczeństwie wiedzy o zapobieganiu, rozpoznawaniu i o leczeniu zaburzeń psychicznych,

- 2) strategii zdrowia psychicznego dla państw członkowskich UE ogłoszonej przez Komisję Europejską w Zielonej Księdze,
- 3) informacji dostarczonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Głównymi celami projektu Programu są:

- 1) promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych,
- 2) zapewnienie osobom chorym wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy – unowocześnienie opieki według założeń modelu środowiskowego,
- 3) rozwój badań naukowych i tworzenie systemów informacji koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego.

Mając na względzie fakt, iż problematyka zdrowia psychicznego społeczeństwa leży nie tylko w gestii Ministra Zdrowia, ale i wielu innych podmiotów, które w swoich działaniach realizowanych w podległych im placówkach, zakładach, jednostkach, szkołach, uczelniach stykają się stale z istnieniem różnego rodzaju zaburzeń i patologii, a stopień wiedzy i aktualne możliwości naprawy istniejących nieprawidłowości są daleko niewystarczające dla normalizacji i likwidacji różnego rodzaju patologii, w realizacji Programu uczestniczyć będą instytucje Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministra Obrony Narodowej, a także innych ministrów, jeżeli byłoby to celowe i konieczne.

Zadania koordynacyjne w realizacji Programu wykonywane będą przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z uwagi na charakter zadań należy rozważyć powierzenie ich Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, który posiada wieloletnie doświadczenie w zakresie prowadzenia badań naukowych, promowania nowoczesnego modelu organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uczestniczyć będą również odpowiednio do swoich kompetencji Narodowy Fundusz Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego.

Rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt rozporządzenia został zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337). Podmioty, o których mowa w tej ustawie nie zgłosiły zainteresowania pracami.

Przedmiot projektu regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

---

<sup>3</sup>Na podstawie kart zgonów w Rocznikach Demograficznych GUS w latach 1991-2005

<sup>4</sup>Ostrowska A. (red). Sondáže Socjologiczne. Jakość życia w krajach europejskich. (red.). IFiS PAN, Warszawa, 2005

<sup>5</sup>Wciórka B, Wciórka J: Czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne? Komunikat BS/116/2005. CBOS, Warszawa lipiec 2005.

---

## Ocena Skutków Regulacji

### 1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

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

### 2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja została poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
  - 2) Forum Związków Zawodowych;
  - 3) Fundacja Batorego;
  - 4) Helsińska Fundacja Praw Człowieka;
  - 5) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
  - 6) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
  - 7) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
  - 8) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
  - 9) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii;
  - 10) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej;
  - 11) Naczelna Rada Lekarska;
  - 12) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
  - 13) Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 14) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- [www.inforflex.pl](http://www.inforflex.pl)

- 15) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 16) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 17) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- 18) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 19) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne;
- 20) Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
- 21) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 22) Związek Pracodawców Służby Zdrowia;
- 23) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
- 24) urzędy marszałkowskie,

a ponadto została udostępniona na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia. W trakcie prac nad projektem nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*, której celem było stworzenie podstaw do wydania niniejszego rozporządzenia, wstępny projekt rozporządzenia spotkał się z akceptacją, jako inicjatywa potrzebna ze względu na obecne potrzeby zdrowotne i konieczność zorganizowania nowoczesnego kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego nie zgłosili uwag do projektu ustawy i rozporządzenia. Podczas konsultacji poprzedniej wersji przedmiotowego rozporządzenia uczestniczące w nich podmioty zgłosiły szereg uwag i propozycji, które zostały uwzględnione w niniejszym projekcie. Uwagi zgłoszone przez partnerów społecznych dotyczyły: potrzeby włączenia organizacji pozarządowych do realizacji zadań przewidzianych w Programie, braku wyraźnego wskazania zadań obciążających poszczególne podmioty oraz możliwych trudności w sfinansowaniu przewidzianych w Programie działań. Mając na względzie zmiany wprowadzone do projektu rozporządzenia, a w szczególności wyczerpujące opisanie zadań wraz z przypisaniem ich konkretnym podmiotom i wskazaniem kryteriów oceny ich realizacji należy uznać, iż obecne brzmienie projektu wychodzi naprzeciw oczekiwaniom partnerów społecznych. Odnosząc się do zgłoszonych w trakcie konsultacji społecznych postulatów potrzeby zwiększenia dostępności leczenia, rozszerzenia działań związanych z promocją zachowań sprzyjających ochronie zdrowia psychicznego oraz propagowaniu tolerancji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi należy stwierdzić, iż ich realizacja nastąpi właśnie w wyniku wdrożenia przedmiotowego Programu. Propozycje stworzenia specjalnych ubezpieczeń zdrowotnych, które funkcjonując obok ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia służyć by miały pokrywaniu kosztów leczenia psychiatrycznego, uznano za wykraczające poza zakres Programu ustalony w art. 2 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Należy zauważyć, iż obecnie funkcjonujące w tym zakresie przepisy przewidują wprost konieczność zapewnienia wszystkim osobom nieubezpieczonym dostępu do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej na równi z ubezpieczonymi. Koszty takich świadczeń pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków budżetu państwa przekazywanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Realizując wnioski z ostatniego etapu uzgodnień międzyministerialnych zaproponowano Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych włączenie się do realizacji Programu. Z wyjaśnień Prezesa PFRON wynika, że Fundusz działając na podstawie art. 26 ustawy z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j. t. Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.) dofinansowuje wynagrodzenia osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi. Działania PFRON zostały włączone do zadań ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (zgodnie z art. 45 ust. 4 cyt. ustawy).

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

Z realizacją Programu będzie wiązało się ponoszenie kosztów w sektorze finansów publicznych – zarówno wynikających z potrzeby restrukturyzacji i rozbudowy infrastruktury, jak i zwiększenia zatrudnienia w tej dziedzinie opieki zdrowotnej. Realizatorami zadań będą jednostki budżetu państwa związane z określonymi działami gospodarki narodowej oraz – w przeważającej części – jednostki samorządu terytorialnego. Przystępując do oszacowania potrzeb w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej ustalono optymalną liczbę placówek (oddziałów szpitalnych, zespołów leczenia środowiskowego, poradni, hosteli, oddziałów opiekuńczo leczniczych) i utrzymywanych przez nie miejsc (łóżek). W wyniku porównania postulowanego poziomu opieki, wyrażonego liczbą łóżek na 10.000 mieszkańców, ze stanem faktycznym stwierdzono istnienie wysokiego niedoboru we wszystkich obszarach. W systemie opieki psychiatrycznej brakuje około: 1.500 łóżek w oddziałach psychiatrycznych; 1400 łóżek w oddziałach dla osób uzależnionych; 7.000 miejsc w oddziałach opieki dziennej; 2.000 łóżek w oddziałach opiekuńczo-leczniczych; 1.500 miejsc w hostelach oraz 400 zespołów leczenia środowiskowego i 200 poradni. Uzupełnienie stwierdzonych niedoborów i osiągnięcie standardów europejskich, nawet rozłożone na okres 5 lat, musiałoby oznaczać dokonanie inwestycji o szacunkowej wartości ponad 500 mln zł i wiązałyby się ze znaczącym wzrostem zatrudnienia (ponad 15 tys. pracowników) oraz wydatków na udzielane świadczenia. Uwzględniając sytuację budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego i biorąc pod uwagę możliwe trudności w pozyskaniu tak licznej grupy wykwalifikowanych pracowników, w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego założono, że w wyniku realizacji programu, w latach 2011-2015, zostanie uzupełniona jedynie część stwierdzonego niedoboru. Istotną częścią kosztów programu będzie wartość świadczeń udzielanych przez nowopowstałe placówki. Według szacunkowych wyliczeń roczny wzrost kosztów udzielanych świadczeń wynikający z rosnącej liczby świadczeń powinien wynosić 61 mln zł. Wydatki te będą ponoszone począwszy od 2 roku realizacji programu, co wynika z niemożności zakontraktowania w pierwszym roku świadczeń w placówkach, które dopiero będą modernizowane, adaptowane lub tworzone. W poszczególnych latach wydatki na świadczenia finansowane przez NFZ będą kształtowały się następująco: 1 rok – brak; 2 rok – 61 mln zł; 3 rok – 122 mln zł; 4 rok – 183 mln zł; 5 rok – 244 mln zł. Dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania nowopowstałych placówek konieczne będzie zatrudnienie około 7 tys. pracowników, w tym: 650 lekarzy psychiatrów; 97 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży; 2.000 pielęgniarek, w tym pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922, z późn. zm.); 1.320 terapeutów zajęciowych; 300 certyfikowanych specjalistów i instruktorów terapii uzależnień; 1.200 psychologów klinicznych; 200 certyfikowanych psychoterapeutów i 1.850 pracowników

socjalnych. Planowany wzrost zatrudnienia będzie postępował równomiernie w wymienionych grupach zawodowych – około 1500 osób rocznie, równoległe do powstawania nowych placówek. Wydatki na realizację programu będą ponoszone przez wiele podmiotów, zarówno z budżetów organów centralnych, jak i z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, stosownie do postanowień art. 2 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*. Podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie świadczeń będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Minister Zdrowia będzie pokrywał wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, koordynacją oraz rozwojem i unowocześnieniem systemów informacji, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – wydatki związane z badaniami naukowymi oraz profilaktyką i promocją, Minister Sprawiedliwości – wydatki inwestycyjne, koszty świadczeń oraz wydatki związane z profilaktyką i promocją, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji – wydatki związane z profilaktyką i promocją, Minister Obrony Narodowej – wydatki związane z profilaktyką i promocją oraz inwestycjami, Minister Edukacji Narodowej – wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży, Minister Pracy i Polityki Społecznej – wydatki związane z profilaktyką i promocją oraz inwestycjami. Jednostki samorządu terytorialnego, jako organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej będą ponosiły wydatki inwestycyjne oraz wydatki związane z działalnością centrów pomocy rodzinie. Z uwagi na stan zaawansowania prac nad budżetem państwa, jak również budżetami jednostek samorządu terytorialnego na rok 2010 oraz brak możliwości uwzględnienia w nich wydatków przeznaczonych na realizację Programu, w przedmiotowym projekcie na 2010 r. przewidziano jedynie zadania o charakterze planistycznym i organizacyjnym. Postulowane nakłady na realizację Programu w poszczególnych działach gospodarki, opracowane na podstawie informacji przekazanych przez podmioty realizujące program, zostały przedstawione w cz. III Harmonogramu realizacji NPOZP stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia. Na obecnym etapie uzgodnień – bez danych Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego, a także bez danych o nakładach na badania naukowe oraz na inwestycje w resorcie nauki i szkolnictwa wyższego – z budżetu państwa, z części będących w dyspozycji ministrów uczestniczących w realizacji Programu, w latach 2011 – 2015 powinno być przeznaczonych ok. 380 mln zł (72 do 78,5 mln zł rocznie). Z budżetów jednostek samorządu terytorialnego powinno być przeznaczonych ogółem 264,5 mln zł – głównie na zadania inwestycyjne (234,5 mln zł). Koszty udzielanych świadczeń pokrywane przez NFZ powinny rosnąć od 61 mln zł w 2012 roku do 244 mln zł w roku 2015 (ogółem – 610 mln zł). W kwocie wydatków ponoszonych rocznie przez Ministra Zdrowia na wydatki bieżące przeznaczona zostanie suma 2,4 mln zł (profilaktyka i promocja oraz koordynacja) oraz na wydatki majątkowe kwota 5,6 mln zł, w tym na systemy informacji 3,6 mln zł.

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

Regulacje zaproponowane w projekcie ustawy będą miały w dalszej perspektywie wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość. Działania z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego, jak również planowane zwiększenie dostępności specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej przyczynią się do poprawy stanu zdrowotności społeczeństwa, a tym samym pozytywnie wpłyną na zwiększenie się efektywności pracy i pozwolą na minimalizację strat wynikających z choroby i nieobecności pracowników. Kształtowanie w społeczeństwie postawy życzliwości i tolerancji dla osób z zaburzeniami psychicznymi wraz z działaniami motywującymi skierowanymi do tych osób, pozwoli na ich większą aktywizację zawodową.

#### **5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

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

#### **6. Wpływ na rynek pracy**

Wdrażanie Programu spowoduje – w różnym stopniu w poszczególnych regionach i sektorach gospodarki – wzrost i restrukturyzację zatrudnienia. Zaplanowane działania przyczynią się do poprawy sytuacji osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych zwiększając ich aktywność na rynku pracy, powodując jednocześnie zmniejszenie ich zależności od pomocy ze środków publicznych.

#### **7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa**

Proponowana regulacja, poprzez działania mające na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, wydatnie przyczyni się do poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa.