



**REGIONALNY PROGRAM
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WOJEWÓDZTWA
ZACHODNIOPOMORSKIEGO
NA LATA 2018 – 2022**

1. Wprowadzenie	3
1.1. Przedmiot i struktura Programu	5
1.2. Podstawy formalno-prawne	6
2. Charakterystyka sytuacji zdrowotnej oraz zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim	9
2.1. Sytuacja demograficzna	9
2.2. Stan zdrowia psychicznego mieszkańców województwa zachodniopomorskiego	11
2.3. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim	20
2.3.1. Ambulatoryjna opieka psychiatryczna	21
2.3.2. Stacjonarna opieka psychiatryczna	25
2.3.3. Oddziały dzienne dla osób z zaburzeniami psychicznymi	28
2.3.4. Psychiatryczna opieka długoterminowa	30
2.3.5. Kadra psychiatrycznej opieki zdrowotnej	31
2.3.6. Finansowanie opieki psychiatrycznej	32
3. Programowanie rozwoju ochrony zdrowia psychicznego w województwie zachodniopomorskim na lata 2018-2022	37
3.1. Strategia rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa zachodniopomorskiego	38
3.1.1. Podstawy opracowania strategii	38
3.1.2. Założenia strategii rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa zachodniopomorskiego	40
3.2. Wojewódzki program zwiększenia dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej	42
3.2.1. Sieć Centrów Zdrowia Psychicznego	43
3.2.1.1. Działalność CZP	43
3.2.1.2. Plan rozmieszczenia CZP w województwie zachodniopomorskim	44
3.2.1.3. Zadania w zakresie tworzenia i rozwoju sieci Centów Zdrowia Psychicznego	46
3.2.2. Ambulatoryjna opieka psychiatryczna	47
3.2.3. Stacjonarna opieka psychiatryczna	47
3.2.4. Dzienna opieka psychiatryczna	48
3.2.5. Opieka psychiatryczna długoterminowa	48
3.2.6. Rozwój zasobów kadrowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej	48
4. Koordynacja Programu	49
5. Finansowanie Programu	49
6. Ocena Programu	50
7. Bibliografia	51
8. Spis tabel, wykresów i map	52

1. WPROWADZENIE

Zdrowie psychiczne, wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jest dobrostanem, który umożliwia jednostce sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie (tj. realizację swoich możliwości, umiejętność radzenia z różnymi sytuacjami życiowymi, uczestniczenie w życiu społecznym, wydajną pracę), a nie tylko brakiem zaburzeń psychicznych.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 ze zm.), ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz inne powołane do tego instytucje. 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.

Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących:

- 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, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

W dniu 8 lutego 2017 r. Rada Ministrów ustanowiła kolejny **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP)**.

Głównymi celami NPOZP na lata 2017-2022 są:

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

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

Zadania samorządu województwa wskazano Celu głównym 1.: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, a zadania samorządu województwa są zawarte w czterech celach szczegółowych:

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

Zadania:

- 1) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na

terenie województwa. Wojewódzki program może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;

- 2) opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych
w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych. Opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 3) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa.

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

Zadania:

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

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

Zadania:

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

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

Zadania:

- 1) opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa;
- 3) przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami

psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatowe, w wersji elektronicznej lub papierowej.

Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego będą realizowane przez:

- Wydział Zdrowia: cel szczegółowy a) zadania 1), 2) i 3) i cel szczegółowy d) zadanie 1) i 2);
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej: cel szczegółowy b) i cel szczegółowy c);
- Wydział Współpracy Społecznej: cel szczegółowy d) zadanie 3).

Należy jeszcze zaznaczyć, że w nowej edycji programowania, zadania dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym są realizowane odrębnie w ramach **Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020** określonego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492) Cel operacyjny 3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

1.1. PRZEDMIOT I STRUKTURA PROGRAMU

Obowiązek opracowania Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wynika z zapisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2020.

Jest on ramowym ujęciem potrzeb w zakresie organizacji i funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego. Uwzględnia potrzeby ludności województwa w zakresie zdrowia psychicznego i możliwości rozwoju nowych form opieki psychiatrycznej w najbliższych latach.

Przedmiotem *Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2018-2022*, zwanego w dalszej części *Programem*, są dwa elementy:

- 1) Strategia rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem Map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego;
- 2) Wojewódzki program zwiększenia dostępności i zmniejszenia 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.

Struktura dokumentu została podzielona na następujące części:

- 1) Część diagnostyczna w rozdziale 2. - charakteryzuje obecny stan zdrowotny mieszkańców województwa i zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
- 2) Część planistyczna w rozdziale 3. - zawiera strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego oraz program zwiększenia dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Opracowanie *Programu* przebiegało we współpracy z Wojewodą Zachodniopomorskim oraz Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii i Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie psychologii klinicznej. Przy opracowaniu *Programu* uwzględniono potrzeby zgłoszone przez samorządy powiatów.

1.2. PODSTAWY FORMALNO-PRAWNE

Przy opracowywaniu *Programu* uwzględniono i wykorzystano dokumenty programowe i strategiczne WHO, europejskie, krajowe i wojewódzkie oraz obowiązujące obecnie regulacje prawne:

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458);
- Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2020
Cel strategiczny 6. Wzrost tożsamości i spójności społecznej regionu.
Cel kierunkowy 6.2. Zwiększenie jakości i dostępności opieki zdrowotnej.
Działanie E. Dostosowanie opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby osób starszych, wzbogacenie form opieki i pomocy osobom starszym, rozwój opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej;
- Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego;
- Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r.

Nadal aktualne są cele i rekomendacje zawarte w dokumentach programowo-planistycznych tj.:

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

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

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

Poprawę zdrowia psychicznego osiągnie się jeżeli:

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

- będą przestrzegane prawa człowieka i poprawi się jakość życia osób z problemami zdrowia psychicznego, szczególnie tych z zaburzeniami przewlekłymi.

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

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

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

- zapewnienie leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- zapewnienie dostępu do leków psychotropowych,
- dostarczanie opieki w ramach wspólnot lokalnych,
- edukacja opinii publicznej,
- angażowanie w programy wspólnot lokalnych, rodzin i osób indywidualnych,
- ustalanie narodowej polityki, programów i prawa,
- rozwijanie zasobów ludzkich,
- tworzenie sieci powiązań z innymi sektorami,
- monitorowanie na poziomie lokalnym wskaźników zdrowia psychicznego,
- wspieranie badań naukowych.

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

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

Polityka ochrony zdrowia psychicznego w Europie powinna zatem uwzględniać następujące działania:

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

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

- **ZIELONA KSIĘGA, Poprawa zdrowia psychicznego ludności; Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, 2005 r.**

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

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

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

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

- zapobieganie samobójstwom i depresji,
- zdrowie psychiczne wśród młodzieży i w kontekście edukacji,
- zdrowie psychiczne w środowisku zawodowym,
- zdrowie psychiczne ludzi starszych,
- zwalczanie uprzedzeń i wykluczenia społecznego.

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

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

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

Główne cele:

- bardziej efektywne przywództwo i zarządzanie w dziedzinie zdrowia psychicznego,

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

- **Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego**

Cele podstawowe:

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

2. CHARAKTERYSTYKA SYTUACJI ZDROWOTNEJ ORAZ ZASOBÓW PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM

2.1. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA

Liczba ludności ogółem województwa zachodniopomorskiego w ostatniej dekadzie utrzymuje się na prawie stałym poziomie. Na koniec 2016 r. województwo zachodniopomorskie liczyło 1 708 174 mieszkańców. Było jednym z najslabiej zaludnionych obszarów Polski. Z wartością wskaźnika gęstości zaludnienia na poziomie 75 osób/km² zajmowało 13 miejsce w kraju, przy średniej krajowej wynoszącej 123 osoby/km². W miastach mieszkało 68,5% ludności. Wskaźnik feminizacji wyniósł 106.

W 2016 r. ogólna liczba urodzeń wynosiła 15 688, jednocześnie zanotowano 17 047 zgonów. W wyniku tego, przyrost naturalny był ujemny i wynosił -0,8.

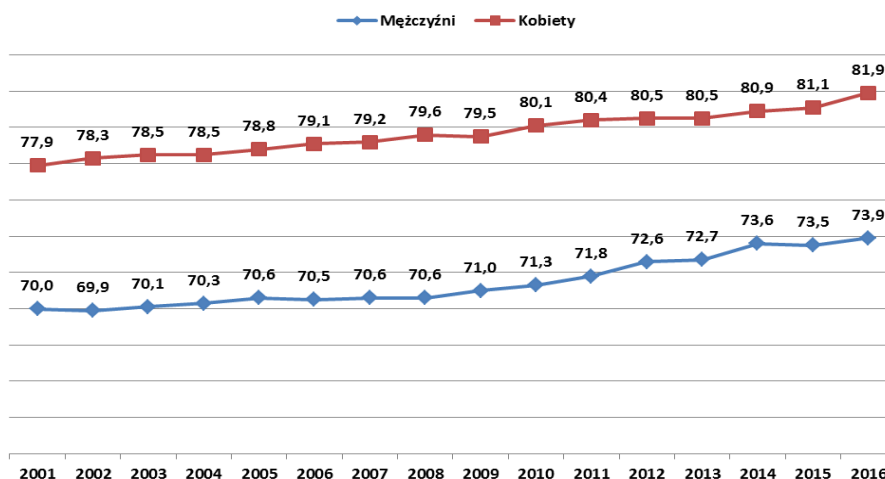
Tab. 1. Liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wg powiatów w 2016 r.

Powiaty	ogółem	mężczyźni	kobiety	w miastach	na wsi
białogardzki	48 254	23 690	24 564	32 819	15 435
choszczeński	49 220	24 561	24 659	23 318	25 902
drawski	57 979	28 420	29 559	36 392	21 587
goleniowski	82 474	40 715	41 759	45 129	37 345
gryficki	61 160	30 242	30 918	30 828	30 332

gryfiński	83 249	41 203	42 046	38 219	45 030
Kamieński	47 296	23 197	24 099	24 599	22 697
kołobrzeski	79 450	38 166	41 284	48 874	30 576
koszaliński	66 071	32 978	33 093	13 731	52 340
myśliborski	67 016	32 946	34 070	39 442	27 574
policki	77 201	37 850	39 351	34 310	42 891
pyrzycki	40 055	20 049	20 006	16 702	23 353
ślawieński	57 033	28 051	28 982	26 620	30 413
stargardzki	120 235	58 965	61 270	77 415	42 820
szczecinecki	78 430	38 201	40 229	51 191	27 239
świdwiński	47 727	23 519	24 208	23 786	23 941
wałecki	54 013	26 319	27 694	33 116	20 897
łobeski	37 638	18 748	18 890	19 886	17 752
Miasto Koszalin	107 680	50 777	56 903	107 680	0
Miasto Szczecin	404 878	192 353	212 525	404 878	0
Miasto Świnoujście	41 115	19 813	21 302	41 115	0
województwo zachodniopomorskie	1 708 174	830 763	877 411	1 170 050	538 124

Źródło: GUS

Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka urodzonego w latach 2001-2016



Źródło: GUS

W ciągu ostatnich piętnastu lat obserwuje się trend wydłużenia przeciętnego dalszego trwania życia, przy czym nadal utrzymuje się duża różnica między przeciętnym dalszym trwaniem życia mężczyzn i kobiet, która wynosi 8 lat na niekorzyść mężczyzn. W 2016 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,9 lat (wzrosło o 3,9 lat w porównaniu do 2001 r.), a noworodka płci żeńskiej 81,9 lat (wzrost o 4 lata). Według prognoz demograficznych w kolejnych latach, trwanie

życia będzie nadal wydłużało się i w sposób istotny zmniejszy się różnica w przeciętnym dalszym trwaniu życia mężczyzn i kobiet do ok. 5,4 lat.

W województwie zachodniopomorskim zmienia się struktura ludności wg grup ekonomicznych. W latach 2006 - 2016 zmniejszyła się liczba ludności w wieku produkcyjnym z 65,8% do 62,3% oraz w wieku przedprodukcyjnym z 19,9% do 17,3%. Jednocześnie odnotowano wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym z 14,3% do 20,4%.

Prognoza demograficzna przewiduje, że liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w przyszłości będzie się zmniejszała ze stałym trendem wzrostu liczby populacji w wieku poprodukcyjnym i spadkiem liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym.

2.2. STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym, które przynoszą największe straty społeczne i gospodarcze, zarówno w skali ogółouropejskiej, jak i w skali poszczególnych krajów, wymieniane są schorzenia układu sercowo-naczyniowego, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Obecnie wymienia się je w takiej kolejności, ale prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10–20 lat, z uwagi na rosnącą liczbę nowych chorych, pierwszą przyczyną zgonów staną się nowotwory, a choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się drugim najbardziej kosztotwórczym problemem zdrowotnym Europy.

Dane europejskie WHO wskazują, że aż 27% Europejczyków w wieku 18–65 lat, a więc około 83 mln ludzi, przynajmniej raz w roku odczuwa objawy złego stanu zdrowia psychicznego. Do tej liczby należy dodać grupę osób w wieku senioralnym, która jest szczególnie narażona na ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych związanych ze swoim stanem zdrowia, niesamodzielnnością czy samotnością.

Badania populacyjne dotyczące kondycji zdrowia psychicznego w Europie dowodzą, że gwałtownie rośnie liczba osób cierpiących z powodu problemów psychicznych związanych z tempem życia, stresem, problemami emocjonalnymi czy finansowymi. Zwiększa się też liczba osób, które źle oceniają swoją kondycję i odporność psychiczną.

Najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (ponad 4%), ADHD u dzieci i młodzieży (5%), demencja.

Informacji na temat kondycji psychicznej Polaków dostarcza raport z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” przeprowadzonego w latach 2009 – 2012 na grupie 10 tys. respondentów w wieku 18 – 64 lata. Umożliwiło ono zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych w naszym kraju, a mianowicie:

- zaburzenia związane z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu (11,9%) oraz nadużywaniem i uzależnieniem od narkotyków (1,4%). Ekstrapolacja tych danych na populację ogólną pozwala przyjąć, iż nadużywanie alkoholu dotyczy ponad 3 milionów osób, a uzależnienie od substancji psychoaktywnych około 700 tysięcy osób;
- zaburzenia nerwicowe (10%), w tym głównie fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8). Ekstrapolacja danych na populację polską pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na 2,5 mln;
- zaburzenia nastroju (3,5%), co stanowi blisko milion osób;
- depresja (3%) - choroba ta staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym Polaków;
- zaburzenia zachowania (3,5%).

Badanie EZOP oszacowało, oprócz zaburzeń wyżej zdefiniowanych, rozpowszechnienie wielu innych objawów, które obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń psychicznych. Stwierdzono, że 20-30% populacji w wieku 18-64 lata zgłasza takie problemy, jak: obniżenie nastroju i aktywności, przewlekły lęk, drażliwość, lęki napadowe i społeczne, napady złości, trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością. Większość tych problemów częściej ujawniają kobiety niż mężczyźni.

Wyniki badania EZOP wykazały również znaczne zróżnicowanie między województwami w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Województwo zachodniopomorskie znalazło się na czwartym miejscu pod względem najniższego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych z oszacowaną liczbą 219,6 tys. zaburzeń występujących kiedykolwiek w życiu.

Analiza danych epidemiologicznych na poziomie województwa zachodniopomorskiego wskazuje na stały wzrost liczby zachorowań na choroby psychiczne. Wzrasta zarówno liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, jak i pacjentów w oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Większość leczonych w poradniach województwa zachodniopomorskiego stanowią pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami nastroju, depresją i schizofrenią oraz uzależnieni od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Taka sytuacja wymaga podjęcia szeroko zakrojonych wielosektorowych działań poprawiających funkcjonowanie różnorodnych form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rejestrowana zapadalność i chorobowość zostały oszacowane w Mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego na podstawie danych NFZ z lat 2009-2014.

Klasyfikację pacjentów przeprowadzono w podziale na podgrupy chorób wymienione w poniższej tabeli.

Tab. 2. Wskaźniki rejestrowanej zapadalności i chorobowości na choroby i zaburzenia psychiczne w 2014 r. - (na 100 tys. osób)

Choroby i zaburzenia	Zapadalność			Chorobowość		
	liczba w tys.	wskaźnik woj. zach.	wskaźnik Polska	liczba w tys.	wskaźnik woj. zach.	wskaźnik Polska
Zaburzenia organiczne	4,4	257,1	238,7	31,4	1 831,6	1 829,5
Uzależnienia	5,4	315,4	296,2	45,0	2 623,5	2 465,4
Schizofrenia	0,6	35,5	44,4	10,6	620,3	735,2
Psychozy inne niż schizofrenia	0,4	22,1	26,8	3,4	197,1	255,6
Zaburzenia nastroju	3,0	176,8	262,0	25,5	1 488,1	2 369,5
Zaburzenia lękowe	9,7	563,1	605,1	77,5	4 517,7	4 995,0
Zaburzenia odżywiania	0,1	8,16	10,0	1,0	60,7	73,7
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	0,2	14,3	23,1	2,8	161,9	159,9
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1,0	57,0	59,8	7,80	455,7	445,5
Niepełnosprawność intelektualna	0,7	43,1	41,6	8,30	481,3	498,0
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	2,1	124,4	144,2	13,7	799,5	1 130,9
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	1,5	88,6	126,60	11,4	662,0	973,60

Źródło: Opracowano na podstawie Map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, 30.12.2016 r.

Najwyższą liczbę chorobowości rejestrowanej w województwie zachodniopomorskim stwierdzono w grupie zaburzeń lękowych (77,5 tys.), uzależnień (45 tys.) i zaburzeń organicznych (34,1 tys.), a najniższą w grupie zaburzeń odżywiania (1 tys.), w grupie zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (2,8 tys.) i psychoz innych niż schizofrenia (3,4 tys.). Wskaźniki chorobowości (na 100 tys. ludności) były w województwie wyższe od krajowych w grupie uzależnień i zaburzeń organicznych, zaś w grupie zaburzeń lękowych niższe.

Zapadalność na zaburzenia i choroby psychiczne, również była najwyższa w grupie zaburzeń lękowych (9,7 tys.), uzależnień (5,4 tys.) i zaburzeń organicznych (4,4 tys.).

Wskaźniki zapadalności w większości grup chorobowych w województwie zachodniopomorskim są niższe od wskaźników krajowych, z wyjątkiem zaburzeń organicznych, uzależnień i niepełnosprawności intelektualnej.

Mapy potrzeb w zakresie zaburzeń psychicznych przedstawiają również prognozy zapadalności rejestrowanej w poszczególnych grupach chorób i zaburzeń psychicznych w latach 2020-2029 oszacowane na podstawie trendów demograficznych. Poniższa tabela przedstawia przyjęte przyszłe wartości wskaźników zapadalności w województwie zachodniopomorskim wg „uśrednionego” wariantu demograficznego.

Tab. 3. Prognoza zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 – (w tys. osób)

Choroby i zaburzenia	Stan 2014 r.	Prognoza 2020 r.	Prognoza 2029 r.	Zmiana w latach 2020 - 2029
Zaburzenia organiczne	4,40	4,52	5,35	18,29%
Uzależnienia	5,40	4,91	4,63	-5,76%
Schizofrenia	0,60	0,75	0,71	-4,68%
Psychozy inne niż schizofrenia	0,40	0,46	0,44	-2,20%
Zaburzenia nastroju	3,00	4,53	4,44	-1,86%
Zaburzenia lękowe	9,70	10,14	9,54	-5,88%
Zaburzenia odżywiania	0,10	0,17	0,14	-12,65%
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	0,20	0,42	0,41	-1,43%
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1,00	0,98	0,87	-11,21%
Niepełnosprawność intelektualna	0,70	0,66	0,60	-8,62%
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	2,10	2,44	2,16	-11,13%
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	1,50	2,14	1,90	-11,28%

Źródło: Opracowano na podstawie Map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, 30.12.2016 r.

Analiza wykazuje, że do 2020 r. w wielu grupach chorobowych (oprócz uzależnień, zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych oraz niepełnosprawności intelektualnej) nastąpi wzrost zapadalności na choroby psychiczne. Największawyżka od 2014 r. do 2020 r. spodziewana jest w grupie: zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, zaburzeń odżywiania, zaburzeń nastroju oraz zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

Największe jednak zmiany w zapadalności na choroby psychiczne prognozowane są na lata 2020-2029. W związku ze spadkiem liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym w większości grup chorób dojdzie do spadku zapadalności. Wyjątkiem będą zaburzenia organiczne, gdzie szacuje się znaczący wzrost zaburzeń w województwie o 18,29%, wyższy od wzrostu krajowego (16%).

W 2016 r. w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie zachodniopomorskim we wszystkich formach świadczeń finansowanych przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia leczonych było 67 247 osób dorosłych i 4 445 dzieci i młodzieży.

Tab. 4. Liczba pacjentów w 2016 z wyszczególnieniem grup chorobowych wg ICD10

Rozdziały ICD10	Nazwa rozdziału	Dorosły	Dziecko
F00-F09	organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	11 434	11
F10-F19	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	11 578	134
F20-F29	schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe	6 995	36
F30-F39	zaburzenia nastroju (afektywne)	8 265	178
F40-F48	zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem pod postacią somatyczną	20 917	647
F50-F59	zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	456	67
F60-F69	zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1 797	56
F70-F79	upośledzenie umysłowe	2 043	460
F80-F89	zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	82	414
F90-F98	zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	80	2 239
F99-F99	nieokreślone zaburzenia psychiczne	1 013	135
Z00-Z13	osoby stykające się ze służbą zdrowia w związku z badaniami	2 301	77
Z80-Z99	osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia przeszłością osobistą i rodzinną oraz pewnymi problemami wpływającymi na stan zdrowia	286	1
Suma		67 247	4 455

*Źródło: Opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału
Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*

Dorośli najczęściej chorowali na:

- zaburzenia nerwicowe – 31,1% ogólnej liczby pacjentów dorosłych leczonych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie zachodniopomorskim,
- zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 17,2%,
- organiczne zaburzenia psychiczne – 17%.

Dzieci i młodzież najczęściej byli leczeni z powodu:

- zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się w dzieciństwie – 50,3% ogólnej liczby dzieci leczonych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie zachodniopomorskim,
- zaburzeń nerwicowych – 14,5%,
- upośledzeń umysłowych – 10,3%.

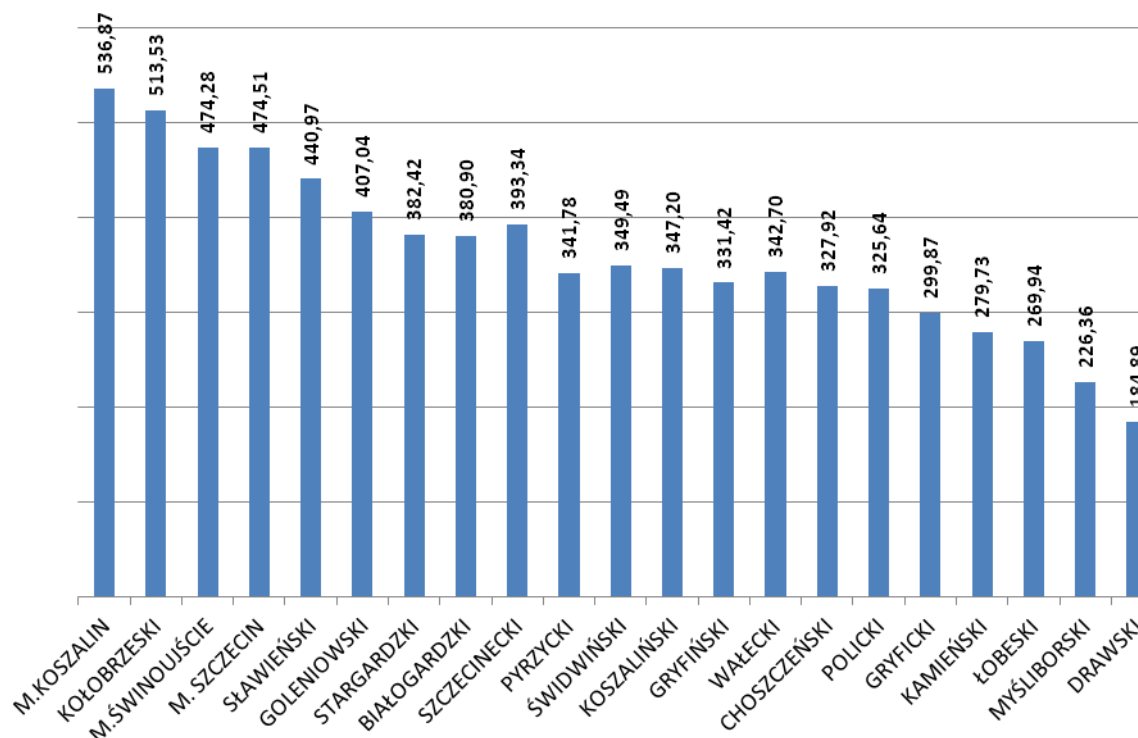
Tab. 5. Liczba chorych korzystających z różnych form opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie zachodniopomorskim w 2016 r. - wg powiatów

Powiaty	Dorosły	Dziecko
białogardzki	1 838	193
choszczeński	1 614	41
drawski	1 072	94
goleniowski	3 357	170
gryficki	1 834	89
gryfiński	2 759	232
kamieński	1 323	69
kołobrzesci	4 080	152
Miasto Koszalin	5 781	506
koszaliński	2 294	263
łobeski	1 016	66
myśliborski	1 517	73
policki	2 514	213
pyrzycki	1 369	56
sławieński	2 515	132
stargardzki	4 598	386
Miasto Szczecin	19 212	1 363
szczecinecki	3 085	180
świdwiński	1 668	128
Miasto Świnoujście	1 950	28
wałecki	1 851	21
Razem	67 247	4 455

Źródło: ZOW Narodowego Funduszu Zdrowia

Liczba chorych w poszczególnych powiatach była zróżnicowana i w pewnym stopniu jest zależna od poziomu dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej na danym terenie. Największą liczbę pacjentów dorosłych leczonych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie zachodniopomorskim stanowili mieszkańcy M. Szczecina (28,6% pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej), M. Koszalina (8,6%) oraz powiatu kołobrzesckiego (6%).

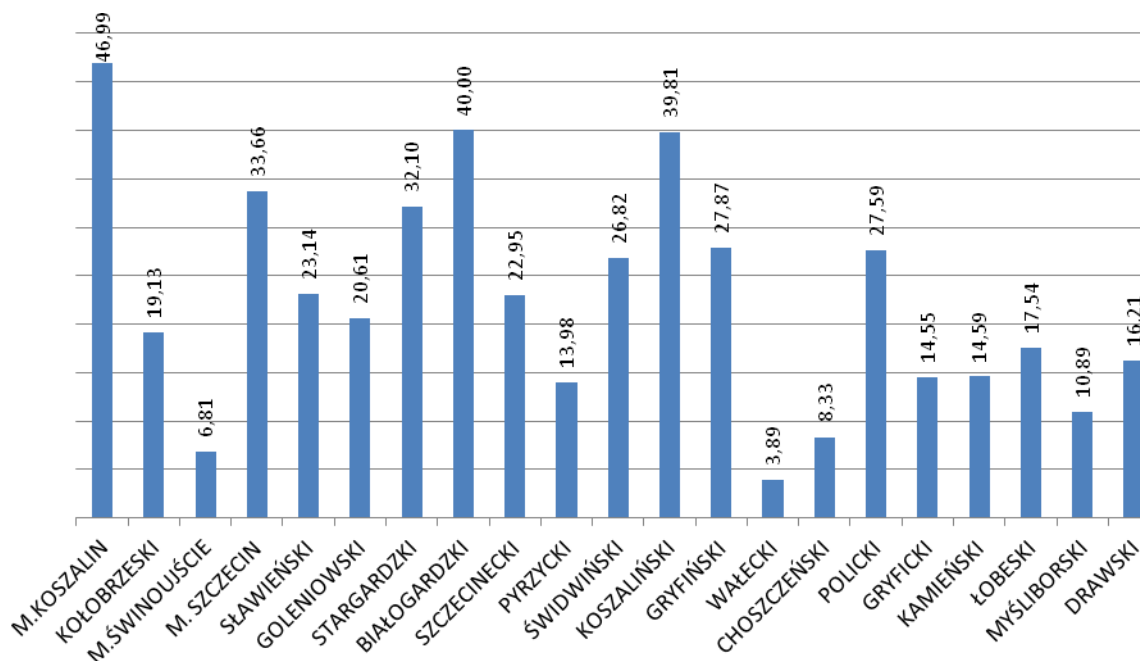
Wykres 2. Wskaźnik osób dorosłych korzystających z opieki psychiatrycznej w 2016 r. na 10 tys. ludności - wg powiatów



Źródło: Opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2016 r. najwyższy wskaźnik osób dorosłych korzystających z opieki psychiatrycznej na 10 tys. mieszkańców zanotowano w M. Koszalinie - 536,87, powiecie kołobrzeskim - 513,53, M. Szczecinie - 474,51 oraz w M. Świnoujściu - 474,28. Najniższy wskaźnik odnotowano w powiecie drawskim - 184,89.

Wykres 3. Wskaźnik liczby dzieci i młodzieży korzystających z opieki psychiatrycznej w 2016 r. na 10 tys. ludności - wg powiatów

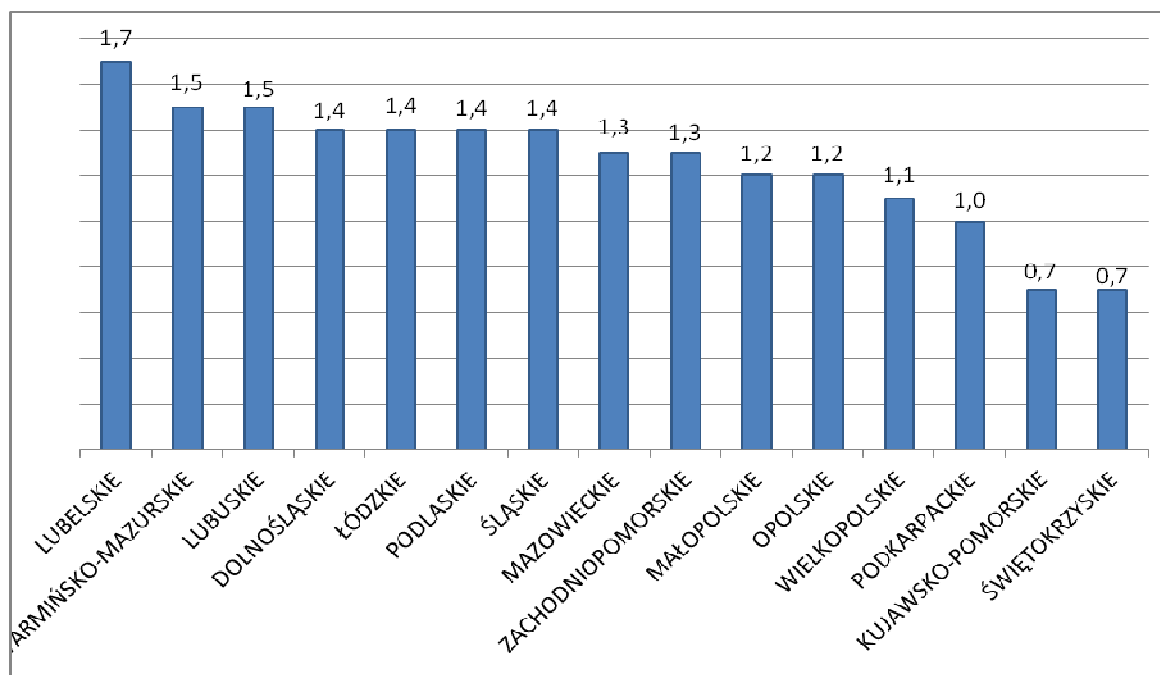


Źródło: Opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Najwięcej dzieci i młodzieży korzystających z opieki psychiatrycznej było w M. Koszalinie, gdzie w 2016 r. wskaźnik na 10 tys. ludności wyniósł 46,99, w powiecie białogardzkim – 40,00 oraz w powiecie koszalińskim – 39,81. Najniższą wartość wskaźnika liczby dzieci i młodzieży korzystających z opieki psychiatrycznej w 2016 r. na 10 tys. mieszkańców zanotowano w M. Świnoujściu – 6,81 oraz w powiecie wałeckim - 3,89.

Kolejnym wskaźnikiem charakteryzującym stan zdrowia psychicznego społeczeństwa jest liczba zgonów z powodu samobójstw. Badanie EZOP prowadzone w latach 2009 – 2012, potwierdza istnienie problemu samobójstw w Polsce jako istotnego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Badanie wykazało, że 0,7% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na naszą populację pozwala szacować liczbę osób mających za sobą próbę samobójczą na 189 000 osób. Nie stwierdzono w nim istotnych statystycznie różnic między grupami wiekowymi.

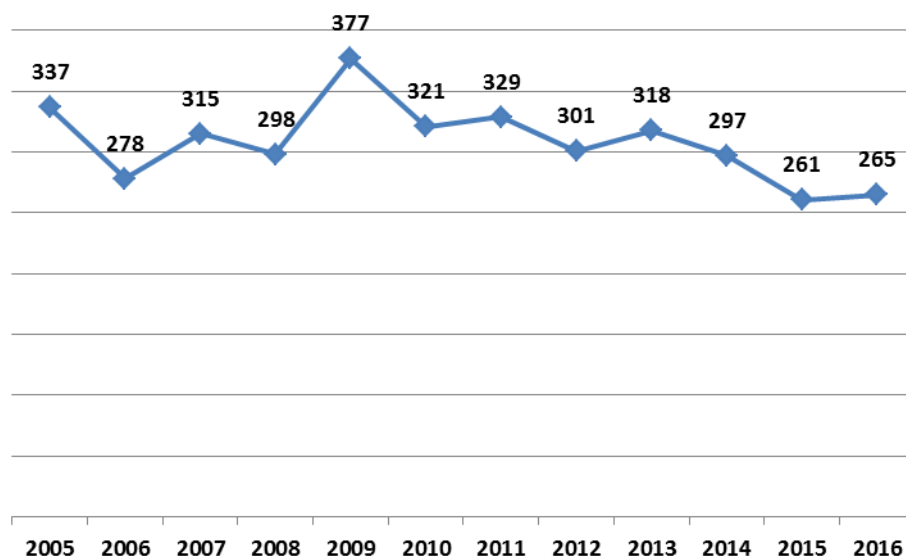
Wykres 4. Wskaźnik samobójstw na 10 tys. ludności w województwach w 2016 r.



Źródło: Baza Danych Lokalnych GUS

W 2016 r. wskaźnik samobójstw w województwie zachodniopomorskim na 10 tys. mieszkańców wyniósł 1,3 i był nieco wyższy od krajowego (1,2).

Wykres 5. Liczba zgonów z powodu samobójstw w województwie zachodniopomorskim w latach 2005-2016



Źródło: opracowano na podstawie danych GUS

Analizując dane liczby zgonów w województwie zachodniopomorskim na przełomie ostatnich 10 lat, obserwuje się korzystny trend malejący. W 2016 r. w województwie zachodniopomorskim odnotowano 415 prób samobójczych, z czego 265 zakończyło się zgonem. Znacznie więcej samobójstw popełnili mężczyźni - 234. Częściej samobójstwa popełniali mieszkańcy miast. Głównymi powodami odebrania sobie życia była choroba psychiczna, nieporozumienia rodzinne i przewlekłe choroby.

2.3. ZASOBY PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim funkcjonuje głównie w oparciu o opiekę stacjonarną i ambulatoryjną, w ramach której funkcjonują formy opieki pośredniej, tj. oddziały dzienne i zespoły opieki środowiskowej. System nie jest w pełni dostosowany do potrzeb zdrowotnych ludności. Niezadowalające zróżnicowanie placówek i niewystarczająca ilość usług medycznych finansowanych ze środków publicznych powoduje, że dostępność do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej wymaga dalszej reorganizacji.

Odnosi się to zwłaszcza do opieki szpitalnej, którą dla znacznej części chorych należałoby uzupełnić formami pośrednimi, co gwarantowałoby bardziej skuteczną, a zarazem tańszą pomoc. Szacuje się, że około 20% leczonych przebywa w szpitalach psychiatrycznych wyłącznie ze względów społecznych (brak mieszkania, brak opieki rodziny w domu itp.). Skrócenie czasu pobytu uniemożliwia niewystarczająca ilość i nierównomierne rozmieszczenie środowiskowych form opieki psychiatrycznej: oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej (domowej) i środowiskowych domów samopomocy.

Stan zasobów opieki psychiatrycznej w województwie zachodniopomorskim charakteryzuje się nierównomiernym rozmieszczeniem terytorialnym podmiotów opieki psychiatrycznej. Większość placówek jest zlokalizowana w dużych ośrodkach leczniczych. Zdecydowane „białe plamy” stwierdza się w centralnej i południowo - zachodniej części województwa.

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie tworzą publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze realizujące świadczenia zdrowotne w zakresie opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej i dziennej oraz opieki długoterminowej.

Działalność lecznicza skierowana jest przede wszystkim do osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami od alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

Cechą charakterystyczną posiadanych zasobów w opiece psychiatrycznej jest niewystarczająca liczba personelu medycznego, w szczególności lekarzy psychiatrów, w tym w specjalności psychiatria dzieci i młodzieży oraz psychologów.

Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej zostały scharakteryzowane wg następujących grup:

- 1) ambulatoryjna opieka psychiatryczna;
- 2) stacjonarna opieka psychiatryczna;
- 3) oddziały dzienne;
- 4) oddziały/zakłady opiekuńcze;
- 5) zatrudnienie w psychiatrycznej opiece zdrowotnej,
- 6) finansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Analiza zabezpieczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim została oparta o dane statystyczne udostępnione przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki i Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacje zamieszczone w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego. W przypadku analizy finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez płatnika, wykorzystano informacje z Departamentów/Wydziałów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich wg stanu na VI 2018 r.

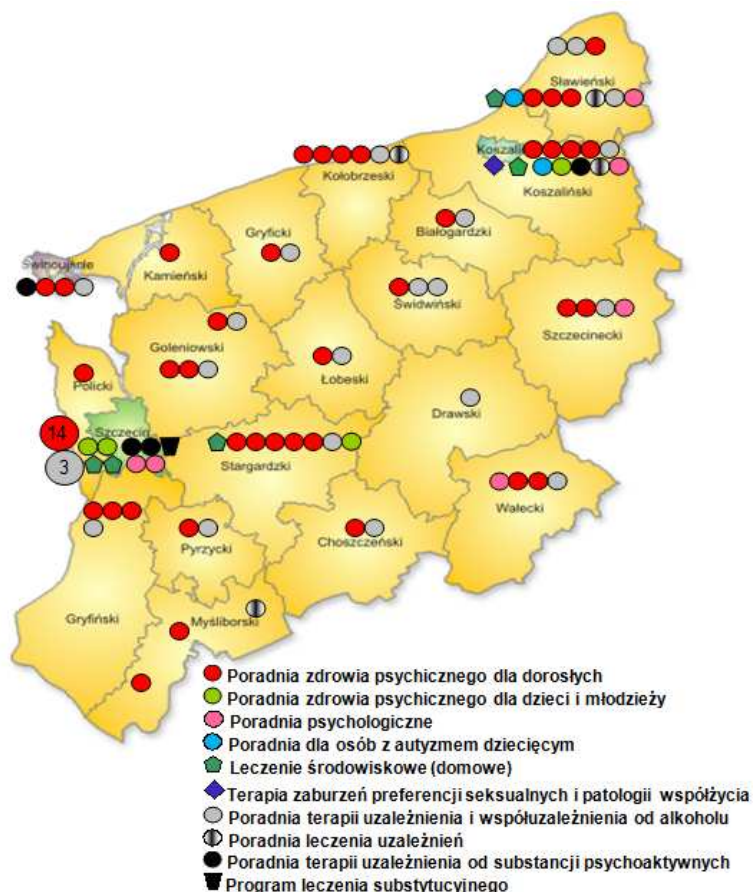
2.3.1. AMBULATORYJNA OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

Świadczenia psychiatrycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2016 r. finansowane przez ZOW Narodowego Funduszu Zdrowia realizowane były w ramach:

- 43 poradni zdrowia psychicznego,
- 4 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci młodzieży,
- 6 poradni psychologicznych,
- 2 poradni dla osób z autyzmem dziecięcym,
- 5 zespołów leczenia środowiskowego (domowego),
- 1 poradni terapii zaburzeń preferencji seksualnych, seksuologii i patologii współżycia,
- 22 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,

- 4 poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- 4 poradni leczenia uzależnień,
- 1 programu leczenia substytucyjnego.

Mapa 1. Rozmieszczenie ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowano na podstawie informacji ZOW NFZ

Świadczenia psychiatrycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2016 r. realizowano w dziesięciu zakresach wymienionych w poniższej tabeli. Zrealizowano łącznie 326 870 świadczeń dla 62 387 pacjentów dorosłych i 22 376 świadczeń dla 3 799 dzieci i młodzieży.

Tab. 6. Liczba pacjentów i świadczeń w ambulatoryjnej psychiatrycznej opiece zdrowotnej w 2016 r. wg zakresów

Lp.	Nazwa zakresu kontraktowanego	Liczba świadczeń		Liczba pacjentów	
		Dorosły	Dziecko	Dorosły	Dziecko
1.	świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	200 385	-	49 716	-
2.	świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	-	17 402	-	3 494
3.	świadczenia psychologiczne	5 142	174	506	43

4.	świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	352	4 322	6	111
5.	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	152	2	54	1
6.	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia od alkoholu	80 538	80	9 549	18
7.	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	4 050	370	841	119
8.	leczenie uzależnień	3 471	21	552	11
9.	leczenie środowiskowe (domowe)	10 322	5	1 093	2
10.	program leczenia substytucyjnego	22 458	-	70	-
RAZEM		326 870	22 376	62 387	3 799

Źródło: Opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych

W 2016 r. poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych funkcjonowały w prawie wszystkich (oprócz powiatu drawskiego) powiatach na terenie województwa zachodniopomorskiego. W przedmiotowych poradniach zrealizowano łącznie 200 385 świadczeń, z których skorzystało 49 716 pacjentów.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

W 2016 r. na terenie województwa funkcjonowały jedynie 4 poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży tj. w Stargardzie, w Koszalinie oraz dwie w Szczecinie. Opieką psychiatryczną objętych było 3 494 dzieci. Poradnie udzieliły łącznie 17 402 świadczeń zdrowotnych.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie psychologiczne

Świadczenia psychologiczne w województwie zachodniopomorskim w 2016 r. były zakontraktowane w 6 poradniach psychologicznych na terenie 5 powiatów. W poradniach psychologicznych wykonano łącznie 5 316 świadczeń, z których skorzystało 549 pacjentów, z tego 43 dzieci.

Najwięcej świadczeń psychologicznych wykonano w:

- Szczecinie – 1 870,
- Koszalinie – 1 818,
- Szczecinku – 867.

Dostępność do poradni psychologicznych jest niewystarczająca, w 13 powiatach nie funkcjonują poradnie psychologiczne w ramach kontraktowania ZOW NFZ.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym

Na terenie województwa funkcjonowały 2 poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, które w 2016 r. udzieliły łącznie 4 674 świadczenia dla 117 pacjentów.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

W 2016 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego były zakontraktowane 22 poradnie dla uzależnionych od alkoholu. Funkcjonowały one w większości powiatów województwa zachodniopomorskiego (oprócz powiatu myśliborskiego, polickiego oraz kamieńskiego). Poradnie udzieliły łącznie 80 618 świadczeń dla 9 567 uzależnionych, w tym 18 dzieci.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych

W 2016 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego działały 4 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zlokalizowane w 3 miastach: Koszalinie, Szczecinie i Świnoujściu. Poradnie udzieliły łącznie 4 420 świadczeń dla 960 pacjentów, w tym 119 dzieci.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Poradnie leczenia uzależnień

Na terenie województwa w 2016 r. funkcjonowały 4 poradnie uzależnień, na terenie powiatu sławieńskiego, kołobrzieskiego, myśliborskiego oraz koszalińskiego. Poradnie udzieliły łącznie 3 492 świadczenia dla 563 pacjentów, w tym 11 dzieci.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Zespoły leczenia środowiskowego (domowego)

W 2016 r. na terenie województwa funkcjonowało 5 zespołów leczenia środowiskowego realizujących świadczenia dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi w warunkach domowych. Z leczenia środowiskowego skorzystało 1 095 pacjentów, w tym 2 dzieci. Po konkursie ofert na II półrocze 2018 r. zwiększono liczbę umów do 8 (w tym 1 w ramach CPZ).

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Program leczenia substytucyjnego

Terapia substytucyjna stanowi formę leczenia osób uzależnionych od opiatów, wobec których leczenie tradycyjnymi metodami nie przyniosło skutku. W 2016 r. w województwie dostępny był 1 program leczenia substytucyjnego, który realizowany był przez SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie. Skorzystało z niego 70 osób.

Źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

2.3.2. STACJONARNA OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

Województwo zachodniopomorskie nie posiada dużych jednoprofilowych szpitali psychiatrycznych.

W 2016 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego świadczenia w stacjonarnej opiece psychiatrycznej realizowały podmioty psychiatryczne oraz oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych. Dysponowały one łącznie 1 244 łózkami, w tym:

- 32 łóżka dla dzieci i młodzieży,
- 141 łóżek w ramach stacjonarnej opieki psychiatrycznej długoterminowej.

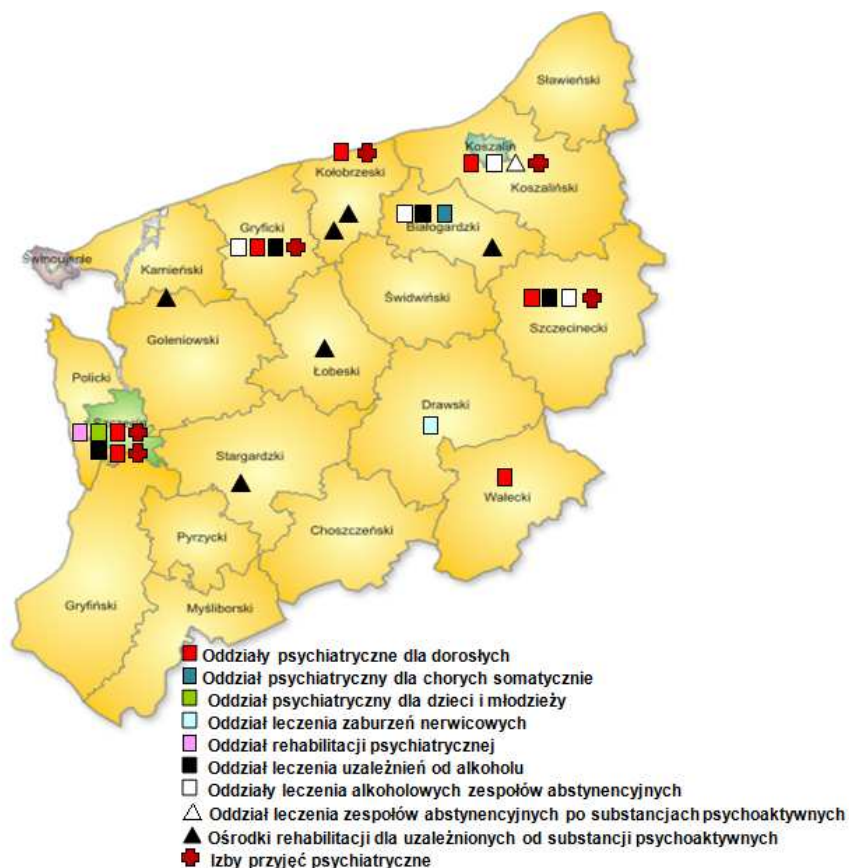
Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wynosił 7,3.

Leczenie stacjonarne psychiatryczne odbywało się w:

- 7 oddziałach psychiatrycznych,
- 1 oddziale dla dzieci i młodzieży,
- 1 oddziale dla somatycznie chorych,
- 1 oddziale zaburzeń nerwicowych,
- 1 oddziale rehabilitacji psychiatrycznej,
- 4 oddziałach terapii uzależnień od alkoholu i leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
- 1 oddziale leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych,
- 6 ośrodkach rehabilitacji uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

W nagłych przypadkach pacjenci mogli uzyskać pomoc w 6 psychiatrycznych izbach przyjęć, które funkcjonowały w szpitalach posiadających oddziały psychiatryczne.

Mapa 2. Rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej



Źródło: opracowano na podstawie danych
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie

Z przeprowadzonej analizy wynika, że województwo zachodniopomorskie posiada dostateczną liczbę łóżek w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych.

Problemem jest nierównomierne rozmieszczenie oddziałów psychiatrycznych. Dla zapewnienia równego dostępu do stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych w południowo - zachodniej części województwa tj. w powiecie pyrzyckim, powiecie myśliborskim i powiecie choszczeńskim, gdzie nie ma stacjonarnej opieki psychiatrycznej, przyszłe działania powinny zmierzać do tworzenia środowiskowych form opieki psychiatrycznej.

Mieszkańcy tych powiatów dotychczas korzystali w dużym stopniu z usług psychiatrycznych szpitali województwa lubuskiego, gdzie znajdują się duże jednoprofilowe szpitale psychiatryczne.

Tab. 7. Liczba pacjentów i hospitalizacji w stacjonarnej opiece psychiatrycznej w podziale na zakresy kontraktowane w 2016 r.

Lp.	NAZWA ZAKRESU KONTRAKTOWANEGO	Liczba hospitalizacji		Liczba pacjentów	
		dorosły	dziecko	dorosły	dziecko
1.	świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	8 641	-	7 520	-
2.	świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	-	532	-	496
3.	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu	2 330	2	2 248	2
4.	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	701	217	658	194
5.	świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	268	-	248	-
Razem		11 940	751	10 674	692

Źródło: opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie

Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych

W 2016 r. na terenie województwa funkcjonowało 7 oddziałów psychiatrycznych ogólnych, zlokalizowanych w Szczecinie (2), Gryficach, Kołobrzegu, Koszalinie, Szczecinku i Wałcu. Oprócz tego funkcjonował 1 oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie (w Szczecinie), 1 oddział leczenia zaburzeń nerwicowych (w Złocięcu) oraz 1 oddział rehabilitacji psychiatrycznej (w Szczecinie). Stacjonarną opiekę psychiatryczną objętych było 7 520 pacjentów. Ogólna liczba hospitalizacji wyniosła 8 641.

źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

W województwie zachodniopomorskim znajdował się jeden, zlokalizowany w Szczecinie, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. Dysponował 32 łózkami. Liczba pacjentów wyniosła 496, natomiast liczba hospitalizacji 532.

źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Świadczenia dla osób uzależnionych od alkoholu

W 2016 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowały 4 oddziały leczenia uzależnień od alkoholu, w tym leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Największym ośrodkiem leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie (Powiat Białogardzki). Dwa oddziały w Szczecinie i Gryficach funkcjonują w strukturze szpitali ogólnych, a oddział w Szczecinku jest częścią niepublicznego zakładu psychiatrycznego. Ze świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu skorzystało 2 250 osób, z tym 2 dzieci. Liczba hospitalizacji wyniosła 2 332.

źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Świadczenia rehabilitacji dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych

Terapię i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w warunkach stacjonarnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2016 r. prowadziło 6 podmiotów. Ośrodki rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych rozmieszczone były na terenie województwa nierównomiernie w 5 powiatach: kołobrzeskim (2), białogardzkim, goleniowskim, łobeskim i stargardzkim. Z rehabilitacji w ośrodkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2016 r. skorzystały 852 osoby, w tym 194 dzieci. Liczba hospitalizacji wyniosła 268.

źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

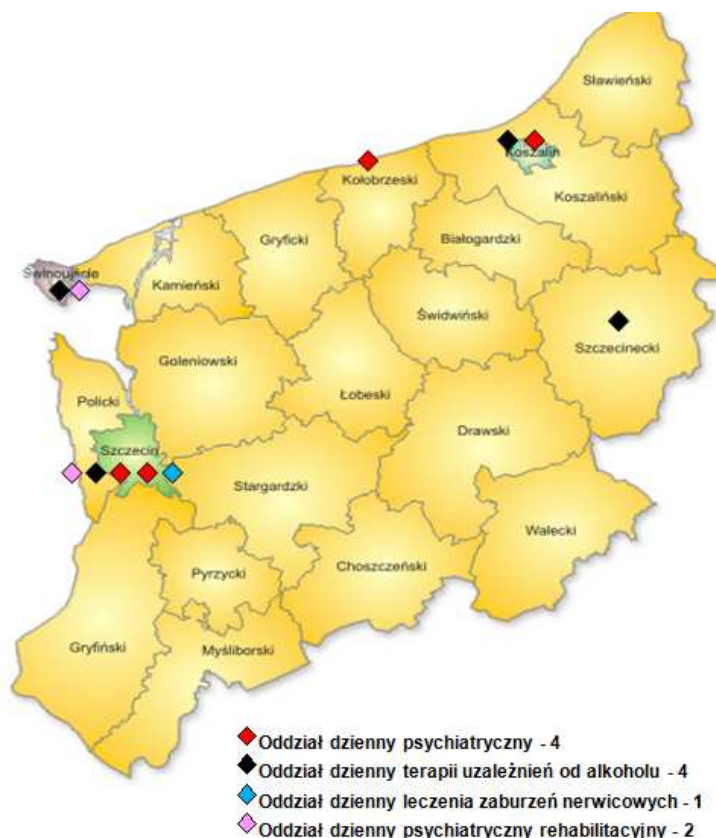
2.3.3. ODDZIAŁY DZIENNE DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

W województwie zachodniopomorskim oddziały dzienne dla osób z zaburzeniami psychicznymi funkcjonowały w dwóch formach: przy oddziałach psychiatrycznych stacjonarnych i w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W 2016 r. funkcjonowało łącznie 11 oddziałów dziennych, w tym:

- 4 oddziały dzienne psychiatryczne,
- 4 oddziały dzienne terapii uzależnień od alkoholu,
- 2 oddziały dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne,
- 1 oddział dzienny leczenia zaburzeń nerwicowych.

W II połowie 2018 r. zwiększono liczbę oddziałów dziennych psychiatrycznych do 6 (w tym 1 w ramach CZP) oraz liczbę oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych do 4. Spowodowało to zwiększenie dostępności do świadczeń bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Mapa 3. Rozmieszczenie oddziałów dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego



Źródło: opracowano na podstawie informacji ZOW NFZ

Tab. 8. Liczba udzielonych świadczeń i pacjentów w oddziałach dziennych psychiatrycznych na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2016 r.

Lp.	Nazwa zakresu kontraktowanego	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów
1.	świadczenia psychiatryczne	2 356	674
2.	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu	3 961	565
3.	świadczenia psychiatryczne rehabilitacyjne	225	172
4.	leczenie zaburzeń nerwicowych	142	140
RAZEM		6 684	1 551

Źródło: opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie

Łącznie w oddziałach dziennych w 2016 r. wykonano 6 684 świadczenia, w tym najwięcej w zakresie terapii uzależnień od alkoholu (3 961) i świadczeń psychiatrycznych (2 356).

Liczba pacjentów korzystających z opieki dziennej wyniosła 1 551 osób, z tego 43,5% było leczonych w oddziałach psychiatrycznych i 36,4% dla osób uzależnionych od alkoholu.

W województwie zachodniopomorskim nie funkcjonują oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

źródło: opracowano na podst. danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

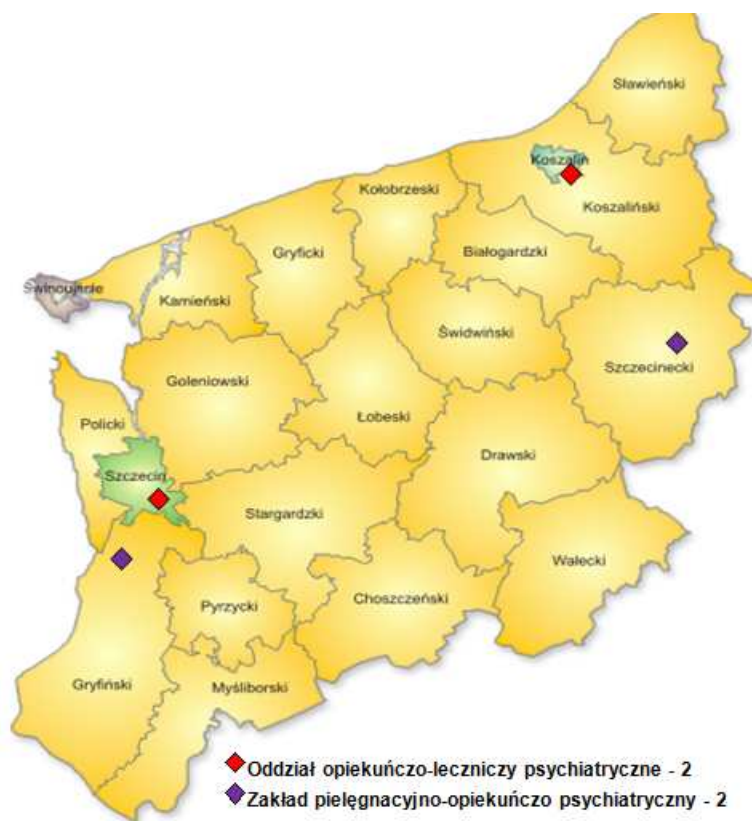
2.3.4. PSYCHIATRYCZNA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

W 2016 r. w województwie zachodniopomorskim opiekę długoterminową dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowały 4 podmioty lecznicze w dwóch formach:

- 2 zakłady opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne,
- 2 zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze psychiatryczne.

Zakłady posiadały łącznie 141 łóżek (wskaźnik 0,8 łóżek/10 tys. mieszkańców), a zlokalizowane były w Szczecinie, Koszalinie, Nowym Czarnowie i Szczecinku.

Mapa 4. Rozmieszczenie podmiotów leczniczych psychiatrycznej opieki długoterminowej



Źródło: opracowano na podstawie danych
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

We wszystkich czterech podmiotach psychiatrycznej opieki długoterminowej w 2016 r. leczonych było 248 pacjentów.

Tab. 9. Liczba pacjentów i hospitalizacji w psychiatrycznej opiece długoterminowej w 2016 r.

Lp.	Zakres świadczeń	Lokalizacja	Liczba hospitalizacji	Liczba pacjentów
1.	Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	Koszalin	17	15
		Szczecin	105	102
2.	Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	Szczecinek	30	28
		Nowe Czarnowo	116	103
RAZEM			268	248

Źródło: opracowano na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie

Najwięcej pacjentów przebywało w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Nowym Czarnowie, 41,5% wszystkich hospitalizacji długoterminowych psychiatrycznych i w Oddziale Opiekuńczo-Lecznym SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie - 41,1%.

2.3.5. KADRA PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zatrudnienie w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim zostało scharakteryzowane na podstawie danych statystycznych oraz informacji dr hab. n. med. Justyny Pełki - Wysieckiej Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii i dr n. med. Ryszarda Kamińskiego Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychologii Klinicznej.

Wg danych Konsultantów Wojewódzkich, w 2017 r. na terenie województwa aktywnych zawodowo było 127 lekarzy psychiatrów i 151 psychologów, w tym 16 specjalistów psychologii klinicznej (pracujących wyłącznie w Szczecinie). 37 psychologów było w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychologii klinicznej. Duży odsetek lekarzy psychiatrów i psychologów prowadziło działalność w ramach indywidualnych specjalistycznych praktyk, co w dużej mierze skutkowało niedoborami lekarzy specjalistów i psychologów w publicznych podmiotach leczniczych. Wg wytycznych, na które powołuje się Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii, na każde 10 tys. mieszkańców powinien przypadać 1 lekarz specjalista psychiatrii, co stanowiłoby w województwie zachodniopomorskim liczbę docelową 171 lekarzy. Konsultanci uważają aktualne zasoby i dostępność do opieki psychiatrycznej za zbyt niskie. Lekarze i psycholodzy nie mają motywacji do podejmowania kształcenia ze względu na niskie finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a co za tym idzie niezadowalające ich wynagradzanie.

Aktualny stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej jest niewystarczający i rzutuje na możliwości rozwoju opieki psychiatrycznej w najbliższych latach. Powodem jest niewątpliwie zbyt niskie finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień. Stąd niedobór kadry specjalistów w opiece psychiatrycznej może utrudnić upowszechnienie w województwie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

2.3.6. FINANSOWANIE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Finansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce jest na bardzo niskim poziomie, ok. 3 - 4% ogólnych kosztów finansowania ochrony zdrowia, podczas gdy w innych krajach UE sięga ok. 10%. Jednocześnie nakłady na opiekę psychiatryczną nie rozkładają się równomiernie na obszarze Polski na skutek nie tyle różnego zgłoszonego zapotrzebowania, co raczej zastosowania różnych cen przez płatnika za to samo świadczenie w poszczególnych województwach. Analiza wyceny świadczeń psychiatrycznych wskazuje na duże zróżnicowanie tych wartości w kraju. Świadczy to o dowolności polityki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia – Centrali i poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich.

Podmioty lecznicze, prowadzące działalność w obszarze psychiatrii z uwagi na stale rosnące zapotrzebowanie, wykonują świadczenia znacznie wychodzące poza zawarte z NFZ umowy, co skutkuje realizacją tzw. nadlimitów. Jednocześnie psychiatryczna opieka zdrowotna nie znajduje się w systemie podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. Sieci szpitali), czyli nie jest rozliczana w formie ryczałtowej. Pokrycie rzeczywistych kosztów opieki psychiatrycznej nie mieści się w zakładanych przez płatnika planach finansowych. W efekcie, podmioty lecznicze regularnie generują koszty w poszczególnych ośrodkach ich powstawania, co skutkuje pogarszającą się od wielu lat sytuacją finansową tego rodzaju opieki zdrowotnej. Negatywnym rezultatem długoletnich zaniedbań w tym zakresie, jest postępujący odpływ specjalistycznej kadry i zły stan infrastruktury, co może w przyszłości powodować z jednej strony ograniczenie działalności oddziałów i/lub poradni, a z drugiej wręcz ich likwidację.

Tab. 10. Ceny stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach

Województwo	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	Leczenie zaburzeń nerwicowych	Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia
dolnośląskie	10,70	12,00	10,00	10,00	10,70	10,70
kujawsko-pomorskie	12,50	12,50	-	11,00	-	12,45
lubelskie	11,70	15,00	11,90	11,60	14,90	12,25
lubuskie	10,50	13,00	9,90	10,00	-	10,89
łódzkie	11,60	14,75	10,30	-	-	10,70
małopolskie	11,00	11,50	10,10	13,00	-	13,00
mazowieckie	12,75	14,00	11,50	11,50	12,00	11,50
opolskie	11,55	13,50	10,00	10,00	10,10	12,70
podkarpackie	10,60	12,60	10,20	-	10,60	12,00
podlaskie	10,80	-	-	11,00	10,50	13,00
pomorskie	11,24	13,80	10,50	10,08	-	11,25
śląskie	11,50	12,00	10,00	10,20	12,00	13,00

świętokrzyskie	12,00	13,00	-	12,00	12,00	-
warmińsko-mazurskie	11,10	14,00	-	10,60	-	-
wielkopolskie	11,50	14,29	-	-	11,45	11,50
zachodniopomorskie	10,50	12,30	10,50	10,63	10,00	10,50

*Źródło: opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów
Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce*

W przypadku finansowania stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w 2018 r. występuje znaczne zróżnicowanie cenowe w poszczególnych województwach. W województwie zachodniopomorskim przedmiotowe świadczenia wycenione zostały najniżej, tj. na poziomie 10,50 zł (średnia cena świadczeń na poziomie kraju - 11,35 zł). Podobnie cena za świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży była znacznie niższa niż w pozostałych województwach – 12,30 zł (średnia cena świadczeń na poziomie kraju – 13,22 zł). Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie i świadczenia w psychiatrii sądowej, ZOW NFZ wycenił również jako najniższe na poziomie kraju.

ZOW NFZ poinformował, że w II półroczu po konkursie ofert zawarto nowe umowy na okres od 01.07.2018 r. do 30.06.2023 r. zwiększające ceny punktów rozliczeniowych w stacjonarnej opiece psychiatrycznej. Obecnie kształtują się one następująco:

- Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych – 10,92 zł,
- Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży – 14,29 zł,
- Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej – 10,50 zł,
- Leczenie zaburzeń nerwicowych – 10,68 zł,
- Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie – 10,73 zł,
- Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia – 11,26 zł.

Tab. 11. Ceny ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach

Województwo	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju
dolnośląskie	9,00	9,00	9,00
kujawsko-pomorskie	9,00	9,50	-
lubelskie	8,48	8,89	8,59
lubuskie	9,20	12,50	8,90
łódzkie	10,00	10,00	8,91
małopolskie	8,00	9,00	8,55
mazowieckie	9,00	9,00	9,00
opolskie	8,35	9,00	-
podkarpackie	8,60	8,70	8,70
podlaskie	8,80	10,50	9,80
pomorskie	8,24	8,61	8,61
śląskie	9,00	9,80	-

świętokrzyskie	8,00	8,00	8,00
warmińsko-mazurskie	8,40	9,00	8,40
wielkopolskie	8,00	8,00	7,80
zachodniopomorskie	8,70	10,00	8,50

*Źródło: opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów
Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce*

Ceny za ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży w województwie zachodniopomorskim w 2018 r. kształtują się podobnie jak na poziomie kraju i stanowią wartość średniej krajowej. Jednakże w porównaniu z województwami, które mają najwyższą cenę za przedmiotowe świadczenia, różnica ta jest znaczna.

Tab. 12. Ceny dziennych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach

Województwo	Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych
dolnośląskie	9,00	9,00	9,00
kujawsko-pomorskie	10,00	10,00	10,00
lubelskie	9,19	9,19	9,19
lubuskie	6,75	-	9,00
łódzkie	10,80	8,42	7,73
małopolskie	8,40	8,30	9,00
mazowieckie	11,50	11,50	11,50
opolskie	8,00	9,15	9,09
podkarpackie	9,20	9,00	9,20
podlaskie	8,70	8,70	8,70
pomorskie	10,30	-	8,28
śląskie	9,00	9,00	9,00
świętokrzyskie	8,50	-	-
warmińsko-mazurskie	9,20	10,00	9,20
wielkopolskie	8,00	8,00	8,00
zachodniopomorskie	8,70	8,00	8,70

*Źródło: opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów
Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce*

Ceny dziennych świadczeń psychiatrycznych w województwie zachodniopomorskim w 2018 r. kształtują się na niższym poziomie, niż w większości pozostałych województw. W przypadku psychiatrycznych świadczeń rehabilitacyjnych, ich cena jest najniższą w kraju i wynosi 8,00 zł (cena średnia – 9,10 zł).

Tab. 13. Ceny stacjonarnych świadczeń w zakresie terapii uzależnień oraz psychiatrycznej opieki długoterminowej

Województwo	Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)	Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych	Świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych
dolnośląskie	9,00	-	9,00	9,00	-	8,00
kujawsko-pomorskie	10,00	10,00	11,50	-	-	8,00
lubelskie	11,25	11,22	12,50	10,10	-	10,20
lubuskie	11,00	9,50	11,50	9,40	-	9,00
łódzkie	10,35	9,90	11,50	8,42	-	11,50
małopolskie	11,00	10,00	10,00	-	-	8,00
mazowieckie	11,50	11,50	11,50	11,50	-	10,00
opolskie	10,09	9,92	-	9,20	-	8,75
podkarpackie	9,80	9,80	-	-	-	8,50
podlaskie	10,00	9,75	11,00	11,20	9,00	9,00
pomorskie	11,24	11,24	10,08	10,61	-	9,55
śląskie	10,50	10,00	10,00	10,00	-	10,00
świętokrzyskie	11,50	11,50	-	8,00	-	8,50
warmińsko-mazurskie	10,20	10,20	11,20	9,60	-	9,20
wielkopolskie	9,00	10,16	8,55	9,40	10,00	10,00
zachodniopomorskie	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

Źródło: opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce

W przypadku finansowania stacjonarnych świadczeń w zakresie terapii uzależnień w 2018 r., ceny za przedmiotowe świadczenia w województwie zachodniopomorskim, zostały wycenione na poziomie zbliżonym do średniej ceny krajowej. Ceny świadczeń w zakresie opieki długoterminowej kształtują się na poziomie powyżej średniej ceny krajowej.

Tab. 14. Ceny ambulatoryjnych świadczeń w zakresie terapii uzależnień

Województwo	Leczenie uzależnień	Program leczenia substytucyjnego	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	Świadczenia psychologiczne
dolnośląskie	9,00	8,00	9,00	9,00	-	-	9,00
kujawsko-pomorskie	9,00	8,50	9,70	9,70	-	-	8,10
lubelskie	8,28	8,59	8,28	8,59	8,79	-	8,48
lubuskie	9,00	9,00	9,00	9,00	-	-	9,00
łódzkie	8,41	8,42	8,42	8,30	-	9,00	8,90
małopolskie	8,10	8,85	8,20	8,20	8,00	8,80	8,00
mazowieckie	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	-	9,00
opolskie	8,23	8,10	8,10	8,10	-	-	7,93
podkarpackie	8,40	-	8,40	8,40	8,60	8,60	8,60
podlaskie	8,40	-	8,40	8,50	-	-	7,60
pomorskie	8,14	8,03	8,24	8,24	10,30	-	8,13
śląskie	90,00	9,00	9,00	9,00	8,90	10,00	9,00
świętokrzyskie	8,00	8,00	-	8,00	-	-	8,00
warmińsko-mazurskie	8,40	8,40	8,40	8,40	-	-	8,40
wielkopolskie	8,00	7,80	8,00	8,00	8,00	-	-
zachodniopomorskie	8,50	8,50	8,50	8,50	8,50	8,80	8,50

Źródło: opracowano na podstawie danych Departamentów/Wydziałów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich w Polsce

Ceny ambulatoryjnych świadczeń w zakresie terapii uzależnień w województwie w 2018 r. ZOW NFZ ustalił na poziomie podobnym, jak w większości pozostałych województw i są one zbliżone do średnich cen za przedmiotowe świadczenia na poziomie kraju.

3. PROGRAMOWANIE ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM NA LATA 2018-2022

Głównym kierunkiem zmian w *Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego* zalecanym w NPOZP na lata 2017-2022 jest **wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej blisko miejsca ich zamieszkania oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.**

Projektowane działania w zakresie rozwoju opieki psychiatrycznej w województwie zachodniopomorskim oparte są o strategię działań ustanowioną Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (NPOZP), w którym wskazano cele, zadania, niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce.

Zadania Samorządu Województwa w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej:

- 1) Opracowanie *Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2018-2022*, którego elementami będą:
 - Strategia rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa zachodniopomorskiego, z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczania ogólnych oddziałów psychiatrycznych ze szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych.
 - Wojewódzki program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa.
- 2) Wsparcie wdrażania planu umiejscowienia CZP, w szczególności poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów leczniczych, dla których samorząd województwa jest podmiotem tworzącym.
- 3) Realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa.

Zadania Samorządów Powiatów w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej:

- 1) Opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży.
- 2) Utworzenie CZP zgodnie z zasadami organizacyjnymi zawartymi w NPOZP.
- 3) Opracowanie lub aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń CZP.

Obowiązkiem jednostek samorządów terytorialnych jest wzajemna współpraca w zakresie realizacji zadań dotyczących upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz skoordynowania dostępnych form opieki i pomocy.

3.1. STRATEGIA ROZWOJU ZASOBÓW OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

3.1.1. PODSTAWY OPRACOWANIA STRATEGII

Strategia rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa zachodniopomorskiego jest zgodna z zasadami nowoczesnej psychiatrii oraz z celami, kierunkami zmian i zaleceniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

NPOZP na lata 2017-2022 wprowadza zadania dla samorządów województw i powiatów w zakresie *Celu głównego 1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.*

Poniżej przedstawiono plany i prognozy dotyczące psychiatrycznej opieki zdrowotnej sformułowane przez samorządy powiatów, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychologii Klinicznej i Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wynikające z Map potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego. Przedmiotowe informacje oraz Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r., były podstawą do formułowania Strategii.

Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego wskazują, iż w okresie od 2020 r. do 2029 r. prognozowane jest ogólne zmniejszenie zapadalności na choroby psychiczne. Jedynie wzrost zapadalności prognozowany jest dla zaburzeń psychicznych spowodowanych uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną. Oznacza to konieczność przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu.

Potrzeby, plany i możliwości działań powiatów

Zadania samorządów powiatów wynikające z NPOZP koncentrują się przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb oraz upowszechnianiu zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Powiaty prowadzą prace w kierunku opracowania lokalnych programów zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub takowe programy już posiadają i realizują, np.:

- Powiat Kołobrzeski - *Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022*,
- Powiat Koszaliński – *Lokalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Koszalińskiego na lata 2017-2022*,
- Miasto Koszalin – *Program ochrony zdrowia psychicznego dla Miasta Koszalin na lata 2018-2022*,
- Miasto Szczecin - *Lokalny program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Gminy Miasto Szczecin na lata 2017-2022*,
- Powiat Szczecinecki – *Lokalny Program Ochrony Zdrowia psychicznego na lata 2018-2022 dla Powiatu Szczecineckiego*.

Większość powiatów z terenu województwa zachodniopomorskiego deklaruje chęć stworzenia warunków umożliwiających utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego, jednakże uzależnione to będzie od możliwości finansowania jego działalności przez NFZ.

Głównym problemem zgłaszanym przez powiaty jest brak odpowiednich środków finansowych na realizację poszczególnych zadań, w tym głównie inwestycyjnych, niewystarczająca dostępność do psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych z powodu niedoszacowania tych usług przez płatnika, szczególnie w psychiatrii dziecięcej oraz niedostateczna liczba kadry medycznej.

Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii oraz Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychologii Klinicznej jednoznacznie wskazuje, że realizacja celów i zadań NPOZP na lata 2017-2022 w szczególności upowszechniania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim będzie utrudniona. Przyczyną tego jest niedobór aktywnie pracującej kadry psychiatrycznej i psychologicznej oraz nierównomierne rozlokowanie na terenie województwa poradni zdrowia psychicznego i oddziałów psychiatrycznych dziennych oraz całodobowych. Konsultanci określają następujące potrzeby i problemy do rozwiązania, a mianowicie:

- radykalne zwiększenie finansowania świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- konieczność zwiększenia dostępności do specjalistycznego leczenia dzieci i młodzieży oraz osób starszych,
- zwiększenie liczby miejsc w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–lecniczych i rehabilitacji psychiatrycznej,
- wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego,
- konieczność zwiększenia dostępności leczenia ambulatoryjnego w zakresie uzależnień od substancji psychoaktywnych, również dla dzieci i młodzieży,

- konieczność zwiększenia dostępności do psychoterapii,
- utworzenie łóżek psychiatrycznych na terenach tzw. „białych plam”,
- równomierne rozmieszczenie poradni zdrowia psychicznego w powiatach,
- wypracowanie standardów współpracy międzyresortowej i jej koordynacja,
- zwiększenie potencjału personelu medycznego lecznictwa psychiatrycznego i uzależnień,
- zasadność utworzenia poradni dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną,
- zmiana stereotypów społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r.

Rozwój opieki psychiatrycznej jest jednym z priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej. Rozwój determinowany będzie poprzez poprawę dostępności do pozaszpitalnych form opieki w pobliżu zamieszkania chorego, zwiększenie liczby łóżek na bazie istniejącego potencjału i wzmocnienie zasobów kadrowych w opiece psychiatrycznej. Obecna diagnoza stanu aktualnego wykazała bowiem niewielką liczbę psychiatrycznych zakładów opiekuńczych z niewystarczającą bazą łóżkową oraz niewystarczającą liczbę personelu medycznego w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Informacje Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

ZOW NFZ wskazał, że rozszerzenie opieki środowiskowej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień jest jak najbardziej zasadne z punktu widzenia kompleksowej opieki nad pacjentem i zmniejszenia liczby hospitalizacji. Ograniczeniem są jednak środki finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej na zwiększenie ilości kontraktów. Ogromnym problemem jest zbyt mała i nierównomiernie rozlokowana w województwie kadra medyczna. Po konkursie ofert na II półroczu 2018 r. zwiększono liczbę umów w zakresie leczenia środowiskowego (domowego), jako priorytetowego dla ZOW NFZ. W I półroczu 2018 r. 5 świadczeniodawców realizowało świadczenia w tym zakresie, w II połowie 2018 r. 7 świadczeniodawców plus 1 w ramach CZP, czyli 8. Zwiększono również liczbę oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dorosłych z 4 w I połowie 2018 r. do 6 w II połowie 2018 r. (1 w ramach CZP) oraz liczbę oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych z 2 na 4. Spowodowało to zwiększenie dostępności do świadczeń podnosząc wskaźnik dostępności oraz umożliwiło rozmieszczenie miejsc udzielania świadczeń bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

3.1.2. ZAŁOŻENIA STRATEGII ROZWOJU ZASOBÓW OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Głównym celem Strategii rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa zachodniopomorskiego jest dążenie do zapewnienia kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w szczególności opieki środowiskowej, dostosowanej do potrzeb mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Strategia rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego województwa zachodniopomorskiego dotyczy następujących obszarów:

- 1) Organizacja sieci Centrów Zdrowia Psychicznego.

- 2) Poprawa dostępności i jakości świadczonych usług medycznych w:
 - ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej,
 - stacjonarnej opiece psychiatrycznej,
 - oddziałach dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych,
 - długoterminowej opieki psychiatrycznej.
- 3) Zwiększenie zasobów kadrowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.
- 4) Finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) stanowi propozycję organizacyjną w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zmierzającą do upowszechnienia środowiskowej opieki psychiatrycznej. Celem tworzenia CZP 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.

Funkcjonowanie CZP ma się opierać na kompleksowości świadczonej opieki psychiatrycznej, tj:

- 1) indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej chorym,
- 2) zróżnicowaniu udostępnianych świadczeń zdrowotnych,
- 3) koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych,
- 4) dostosowaniu struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.

Organizacja CZP powinna rozpocząć się w tych miastach, gdzie aktualnie istnieje infrastruktura i zasoby kadrowe, a samorządy powiatów zadeklarowały możliwość utworzenia CZP. Optymalnym rozwiązaniem jest tworzenie CZP w miejscach lub w pobliżu miejsc funkcjonowania stacjonarnej bądź dziennej opieki psychiatrycznej w oparciu o podmioty aktywne w organizowaniu wszelkich form opieki psychiatrycznej na danym terenie. Przy obecnych możliwościach organizacyjnych tworzenie CZP można rozpocząć od tworzenia struktur w formie punktów/zespołów zdrowia psychicznego w celu zintegrowania działalności istniejących jednostek opieki psychiatrycznej na danym terenie. Finalnie powinno się przyjąć model tworzenia CZP w określonej lokalizacji, która będzie skupiała większą część funkcjonalnej struktury wskazanej w zaleceniach NPOZP.

Ponieważ obecny system psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim funkcjonuje głównie w oparciu o opiekę stacjonarną i ambulatoryjną, należy dostosować jej dostępność do potrzeb społeczności lokalnej z najwyższą jakością świadczonych usług medycznych. Równie istotny jest rozwój form opieki pośredniej (oddziały dzienne i zespoły opieki środowiskowej) oraz długoterminowej opieki psychiatrycznej. Priorytetem jest:

-
- dostosowanie liczby i rozmieszczenie poradni do potrzeb lokalnych,
 - zwiększenie liczby oddziałów dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych,
 - utrzymanie dotychczasowej liczby łóżek w oddziałach psychiatrycznych,
 - równomierne rozmieszczenie łóżek psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych,
 - tworzenie psychiatrycznych zespołów środowiskowych,
 - wzrost liczby placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa,
 - wzrost znaczenia psychiatrii środowiskowej w procesie zdrowienia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich powrocie do pełnienia ról społecznych.

Szczegółowy zakres zadań w kierunku rozwoju poszczególnych form opieki psychiatrycznej zawiera „Wojewódzki program zwiększania dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej”.

Zasoby kadrowe są jednym z zasadniczych elementów opieki zdrowotnej, które gwarantują skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Aktualny stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej jest niewystarczający i rzutuje na możliwości rozwoju opieki psychiatrycznej w najbliższych latach. Konieczne jest podjęcie działań w kierunku zwiększenia zasobów kadrowych. Szczegółowy zakres zadań w kierunku zwiększenia zasobów kadrowych zawiera „Wojewódzki program zwiększania dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej”.

Na skutek zastosowania różnych cen za to samo świadczenie w poszczególnych województwach, nakłady na opiekę psychiatryczną nie rozkładają się równomiernie na obszarze Polski. Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie zachodniopomorskim jest niedoszacowana. Ceny za poszczególne świadczenia już od wielu lat, są jednymi z najniższych na poziomie kraju. Wielokrotne próby wynegocjowania od płatnika cen wyższych lub przynajmniej równych z innymi województwami nie przyniosły pożądanych efektów. W 2018 r. ceny za przedmiotowe świadczenia kształtują się na poziomie poniżej średnich cen krajowych. Koniecznym i celowym jest zmiana Zarządzenia Prezesa NFZ w zakresie planu finansowego ZOW NFZ w roku bieżącym i latach następnych.

3.2. WOJEWÓDZKI PROGRAM ZWIĘKSZENIA DOSTĘPNOŚCI DO RÓŻNYCH FORM ŚRODOWISKOWEJ PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Województwo zachodniopomorskie należy do jednego z województw o najniższym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych w Polsce. Jednocześnie zabezpieczenie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie należy uznać za dobre. Jednak są obszary, w których stwierdza się niedobory. Należy przede wszystkim zadbać o równomierne rozmieszczenie poradni oraz zwiększenie liczby łóżek w oddziałach stacjonarnych i w opiece długoterminowej. Nacisk należy położyć na rozwój specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz rehabilitacji psychiatrycznej. Problemem jest również niedobór aktywnie pracującej kadry psychiatrycznej i psychologicznej.

3.2.1. SIEĆ CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

3.2.1.1. DZIAŁALNOŚĆ CZP

CZP 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 (rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP. Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP. Umiejscowienie CZP powinno być w całości zlokalizowane na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

Zakres pomocy udzielanej przez CZP:

- czynna, tj. leczenie i wsparcie osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzających rozwiązywania problemów;
- długoterminowa – opieka nad osobami z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- krótkoterminowa – dla osób z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- doraźna – osobom w stanach nagłych i pilnych (natychmiastowa pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych – w czasie nie dłuższym niż 72 godziny);
- konsultacyjna – osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

Pierwsza rejestracja chorego następuje w ambulatorium CZP. Podmiot prowadzący CZP może również posiadać umowę z innym podmiotem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii.

Struktura i zadania CZP:

- 1) zespół ambulatoryjny (przychodnia):
 - zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne;
- 2) zespół środowiskowy:
 - zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
- 3) zespół dzienny:
 - zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- 4) zespół szpitalny:
 - zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem;

- 5) 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.

Warunki organizacyjne CZP:

- CZP jest podmiotem/zakładem leczniczym lub funkcjonuje jako połączenie podmiotów lub zakładów;
- zespół (oddział) szpitalny – może być udostępniany w ramach umowy z innym podmiotem leczniczym;
- 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 2017 r. poz. 1318).

3.2.1.2. PLAN ROZMIESZCZENIA CZP W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM

W niniejszym *Programie* określono proponowaną wersję rozmieszczenia CZP na terenie województwa zachodniopomorskiego.

W pierwszym etapie tworzenia CZP należałoby skupić opiekę psychiatryczną na integracji podmiotów wykonujących świadczenia opieki psychiatrycznej już realizowane na danym terenie.

Pierwsze CZP powinny być tworzone w oparciu o aktualnie funkcjonujące placówki opieki psychiatrycznej posiadające rozwiniętą opiekę psychiatryczną stacjonarną i/lub dzienną z uwzględnieniem potencjału struktur pomocy społecznej w tym zakresie.

Przy obecnych możliwościach organizacyjnych tworzenie CZP można rozpocząć od tworzenia struktur w formie punktów/zespołów zdrowia psychicznego w celu zintegrowania działalności istniejących jednostek opieki psychiatrycznej na danym terenie, jak poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne, ośrodki interwencji kryzysowej, itp. Zadania punktu/zespołu zdrowia psychicznego w początkowej fazie tworzenia powinny się skupiać na możliwości udzielania pomocy doraźnej w sytuacjach kryzysu psychicznego oraz konsultacji psychiatrycznych.

Tworzenie pełnej sieci CZP w województwie zachodniopomorskim o strukturze zalecanej w NPOZP będzie uwarunkowane możliwościami organizacyjno - finansowymi samorządów powiatów, sposobem kontraktowania świadczeń przez NFZ oraz zasobami kadrowymi w opiece psychiatrycznej.

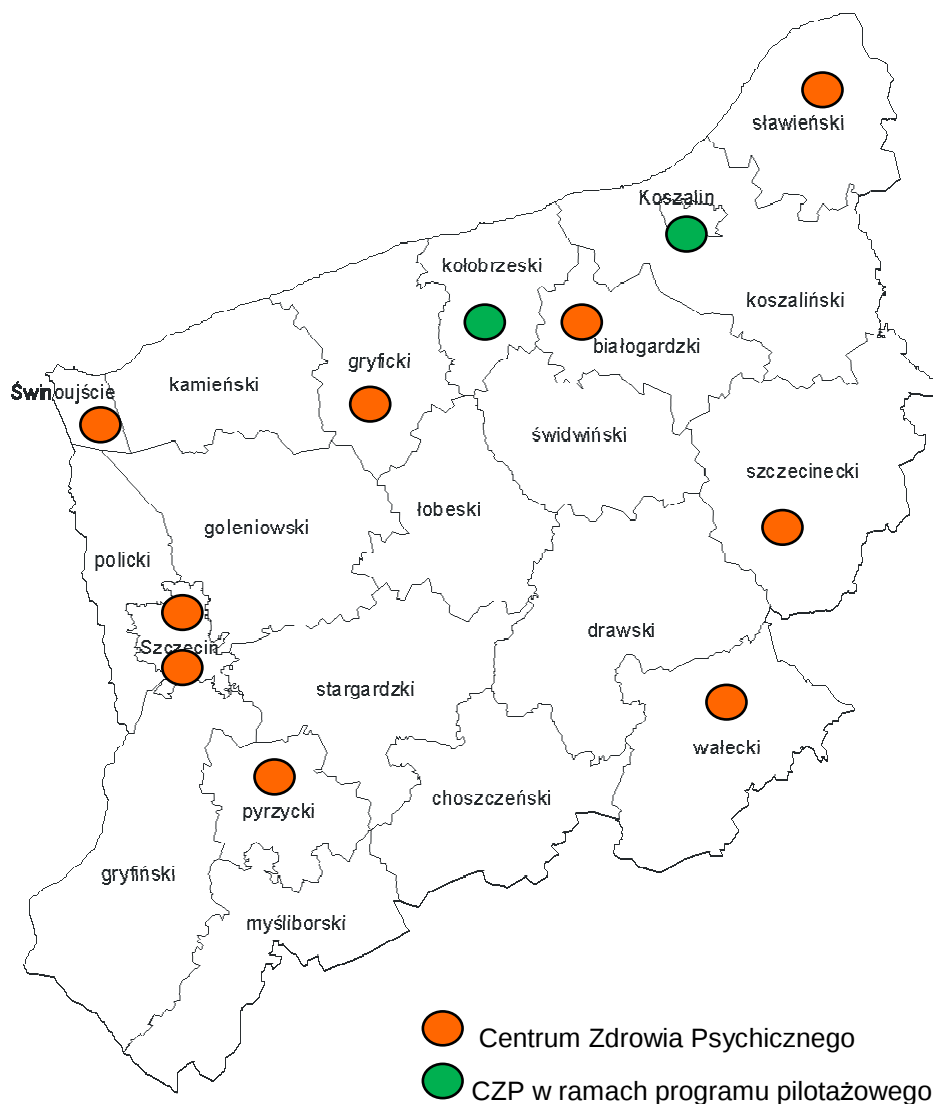
W dniu 10 maja 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852). Przedmiotowe rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 48e

ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz jednocześnie stanowi element realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Pilotaż potrwa 3 lata i wezmą w nim udział świadczeniodawcy z całego kraju. W pierwotnej wersji rozporządzenia, w województwie zachodniopomorskim program pilotażowy miały realizować cztery podmioty lecznicze, tj.:

- 1) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 PUM w Szczecinie,
- 2) Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie,
- 3) „MEDISON” Sp. z o. o. w Koszalinie,
- 4) Regionalny Szpital w Kołobrzegu.

Ostatecznie jednak decyzją ministra zdrowia, realizatorami programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego będą: „MEDISON” Sp. z o. o. w Koszalinie oraz Regionalny Szpital w Kołobrzegu.

Mapa 5. Plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa zachodniopomorskiego do realizacji w latach 2018-2022 i latach następnych



Źródło: Opracowanie własne

3.2.1.3. ZADANIA W ZAKRESIE TWORZENIA I ROZWOJU SIECI CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

ZADANIA W ZAKRESIE TWORZENIA I ROZWOJU SIECI CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO:

- 1) Tworzenie CZP w zależności od potrzeb i posiadanych możliwości organizacyjno-finansowych.
- 2) Rozwinięcie współpracy CZP z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej w zakresie świadczeń opiekuńczych, pomocy materialnej i mieszkaniowej, rehabilitacji zawodowej, domów samopomocy i pomocy społecznej.

3.2.2. AMBULATORYJNA OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

ZADANIA W KIERUNKU ZWIEKSZENIA DOSTĘPNOŚCI DO AMBULATORYJNEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

- 1) Rozmieszczenie poradni zdrowia psychicznego w każdym powiecie, czynnych w dni powszednie.
- 2) Rozmieszczenie poradni dla dzieci i młodzieży, czynnych w dni powszednie, tak aby jedna poradnia zabezpieczała dwa powiaty.
- 3) Tworzenie poradni dla pacjentów z podwójną diagnozą tj. dla osób chorych psychicznie i uzależnionych jednocześnie.
- 4) Równomierne rozmieszczenie poradni dla uzależnionych od alkoholu poprzez zorganizowanie poradni dla uzależnionych od alkoholu w tych powiatach gdzie aktualnie nie funkcjonują.
- 5) Zachowanie dotychczasowej liczby poradni dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i uporządkowanie ich rozmieszczenia.
- 6) Tworzenie zespołów środowiskowych, które w pierwszym etapie powinny funkcjonować przy poradniach zdrowia psychicznego w każdym powiecie.
- 7) Utworzenie zespołów środowiskowych dla dzieci i młodzieży, w pierwszym etapie w Szczecinie i Koszalinie, docelowo w miarę możliwości uruchomienie zespołów środowiskowych przy poradniach dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.
- 8) Ustalenie zasad współpracy placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z ośrodkami interwencji kryzysowej w powiatach i miastach na prawach powiatu.
- 9) Tworzenie platformy informacyjno-edukacyjnej i sieci komunikacji w obszarze pomocy i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

3.2.3. STACJONARNA OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

ZADANIA W KIERUNKU ZWIEKSZENIA DOSTĘPNOŚCI DO STACJONARNEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

- 1) Uruchomienie nowego oddziału psychiatrycznego w południowo-zachodniej części województwa.
- 2) Zwiększenie liczby łóżek dla dzieci i młodzieży, ze wskazaniem utworzenia drugiego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w obszarze koszalińskim.
- 3) Wyodrębnienie pododdziałów dla młodzieży w ramach oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych.
- 4) Możliwość zwiększenia liczby łóżek rehabilitacji psychiatrycznej.
- 5) Zachowanie miejsc w ośrodkach rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- 6) Utworzenie innych form organizacyjnych z terapią dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, np. hostele.

3.2.4. DZIENNA OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

ZADANIA W KIERUNKU ZWIĘKSZENIA DOSTĘPNOŚCI DO DZIENNEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

- 1) Uruchomienie oddziałów dziennych psychiatrycznych w powiatach, w których dotychczas nie funkcjonowały.
- 2) Zwiększenie liczby miejsc w istniejących oddziałach dziennych.
- 3) Utworzenie oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży.
- 4) Utworzenie oddziału dziennego dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- 5) Zapewnienie świadczeń terapeutycznych dla osób z podwójną diagnozą.

3.2.5. OPIEKA PSYCHIATRYCZNA DŁUGOTERMINOWA

ZADANIA W KIERUNKU WZROSTU DOSTĘPNOŚCI DO DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

- 1) Zwiększenie liczby zakładów długoterminowej opieki psychiatrycznej równomiernie rozmieszczonych w województwie.

3.2.6. ROZWÓJ ZASOBÓW KADROWYCH W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

ZADANIA W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA WŁAŚCIWEJ STRUKTURY ZATRUDNIENIA

- 1) Dążenie do zwiększenia zatrudnienia psychologów, w szczególności klinicznych, lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, instruktorów terapii uzależnień oraz pielęgniarek.
- 2) Stworzenie dogodnych form specjalizacji lekarskich w zakresie psychiatrii i psychologii w szczególności psychiatrii dzieci i młodzieży i psychologii klinicznej.
- 3) Zwiększenie naboru na specjalizacje lekarskie oraz pielęgniarские w zakresie psychiatrii.
- 4) Organizowanie szkoleń specjalistycznych dla pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz lekarzy innych specjalności.

Realizacja powyższych zamierzeń w dużej mierze jest uwarunkowana sposobem kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, możliwościami inwestycyjnymi jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów zaangażowanych w rozwój opieki psychiatrycznej, aktywnością organizacji pozarządowych oraz wzrostem zainteresowania w kierunku kształcenia w zawodach medycznych mających zastosowanie w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Poprawa jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej uwarunkowana jest prawidłowym rozmieszczeniem podmiotów leczniczych, rozbudową infrastruktury, spełnianiem warunków funkcjonalno-technicznych oraz zapewnieniem ciągłości opieki psychiatrycznej poczynając od profilaktyki zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej, całodobowej, pośredniej i środowiskowej po szybki przepływ informacji o chorym wypisywanym z oddziału psychiatrycznego do jednostek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w środowisku zamieszkania pacjenta.

Dużą przeszkodą w realizacji planów dostosowania opieki psychiatrycznej do zalecanych rozwiązań organizacyjnych może być niewystarczająca liczba personelu medycznego, w tym lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii oraz innych zawodów niezbędnych w funkcjonowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Główne podejście w rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego stanowić powinna opieka środowiskowa współpracująca ze szpitalami psychiatrycznymi oraz oddziałami psychiatrycznymi w szpitalach ogólnych na rzecz aktywnego leczenia, wielopłaszczyznowej rehabilitacji i oparcia społecznego. Stąd potrzeba propagowania psychiatrii środowiskowej i jej znaczenia w powrocie osób z zaburzeniami psychicznymi do pełnienia ról społecznych.

4. KOORDYNACJA PROGRAMU

Koordinacja „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2018-2022” będzie oparta o współpracę i konsultacje z samorządami powiatów, podmiotami leczniczymi oraz z ekspertami w tej dziedzinie przy uwzględnieniu kierunków działań określonych dla poszczególnych wykonawców w NPOZP.

Realizacja zadań wynikających z *Programu*, wiąże się przede wszystkim ze zmianami organizacyjnymi i tworzeniem nowych form opieki psychiatrycznej, co w dużej mierze uzależnione jest od procesu decyzyjnego podmiotów zaangażowanych w działalność sektora ochrony zdrowia psychicznego i pomocy społecznej, a to z kolei uwarunkowane jest zapewnieniem odpowiednich nakładów finansowych.

5. FINANSOWANIE PROGRAMU

Nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 przewidziane są dla Ministrów: Sprawiedliwości, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (łącznie 263 400 000 zł) i Narodowego Funduszu Zdrowia (14 051 518 zł).

Realizacja zadań w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wskazanych samorządom terytorialnym należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin, dlatego finansowana będzie ze środków będących w dyspozycji jst.

Jednostki samorządu terytorialnego powinny przygotować środki na finansowanie zaleceń rozporządzenia i zmian organizacyjnych zwiększających dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej.

Wysokość środków finansowych w budżetach samorządów terytorialnych planowanych na ochronę zdrowia psychicznego powinna być proporcjonalna do obciążenia problemami zdrowotnymi mieszkańców na danym terenie. Finansowanie powinno być przeznaczone, zgodnie z potrzebami

lokalnymi na: rozbudowę infrastruktury opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników opieki psychiatrycznej.

6. OCENA PROGRAMU

Prowadzony corocznie monitoring i ewaluacja realizacji *Programu* pozwoli na ocenę bieżącej sytuacji oraz podejmowanie kolejnych niezbędnych działań, jakie należy zmodyfikować lub wdrożyć w dążeniu do osiągnięcia założonych celów.

Wszystkie podmioty realizujące zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia zobligowane są do przesyłania Ministrowi Zdrowia w terminie do 15 maja każdego roku - rocznych sprawozdań z wykonania zadań wynikających z NPOZP.

Do oceny efektów wdrażania *Programu* posłużą także wskaźniki charakteryzujące stan zdrowia psychicznego społeczeństwa oraz wskaźniki działalności podmiotów leczniczych świadczących opiekę psychiatryczną w poszczególnych zakresach.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1) *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, Warszawa 2016,
- 2) *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016,
- 3) *Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Informacja o wynikach kontroli*, NIK, Warszawa 2017,
- 4) *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Raport RPO*, Warszawa 2014,
- 5) *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016,
- 6) *Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla leczenia szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30.06.2016 r.–31.12.2018 r.*, Wojewoda Zachodniopomorski, Szczecin 2016,
- 7) *Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za lata 2012-2016*, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Szczecin,
- 8) *Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016,
- 9) *Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020*, Warszawa 2016.

8. SPIS TABEL, WYKRESÓW I MAP

Tabele:

- Tab. 1.** Liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wg powiatów w 2016 r. – s. 9-10,
- Tab. 2.** Wskaźniki rejestrowanej zapadalności i chorobowości na choroby i zaburzenia - s. 13,
- Tab. 3.** Prognoza zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 – (liczby w tys. osób) - s. 14,
- Tab. 4.** Liczba pacjentów w 2016 z wyszczególnieniem grup chorobowych wg ICD10 - s. 15,
- Tab. 5.** Liczba chorych korzystających z różnych form opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie zachodniopomorskim w 2016 r. - wg powiatów - s. 16,
- Tab. 6.** Liczba pacjentów i świadczeń w ambulatoryjnej psychiatrycznej opiece zdrowotnej w 2016 r. wg zakresów - s. 22-23,
- Tab. 7.** Liczba pacjentów i hospitalizacji w stacjonarnej opiece psychiatrycznej w podziale na zakresy kontraktowane w 2016 r. - s. 27,
- Tab. 8.** Liczba udzielonych świadczeń i pacjentów w oddziałach dziennych psychiatrycznych na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2016 r. - s. 29,
- Tab. 9.** Liczba pacjentów i hospitalizacji w psychiatrycznej opiece długoterminowej w 2016 r. – s. 31,
- Tab. 10.** Ceny stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach- s. 32-33,
- Tab. 11.** Ceny ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach- s. 33-34,
- Tab. 12.** Ceny dziennych świadczeń psychiatrycznych w 2018 r. w poszczególnych województwach – s. 34,
- Tab. 13.** Ceny stacjonarnych świadczeń w zakresie terapii uzależnień oraz psychiatrycznej opieki długoterminowej - s. 35,
- Tab. 14.** Ceny ambulatoryjnych świadczeń w zakresie terapii uzależnień - s. 36.

Wykresy:

- Wykres 1.** Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka urodzonego w latach 2001-2016 - s. 10,
- Wykres 2.** Wskaźnik osób dorosłych korzystających z opieki psychiatrycznej w 2016 r. na 10 tys. ludności - wg powiatów - s. 17,
- Wykres 3.** Wskaźnik liczby dzieci i młodzieży korzystających z opieki psychiatrycznej w 2016 r. na 10 tys. ludności - wg powiatów - s. 18,
- Wykres 4.** Wskaźnik samobójstw na 10 tys. ludności w województwach w 2016 r. - s. 19,
- Wykres 5.** Liczba zgonów z powodu samobójstw w województwie zachodniopomorskim w latach 2005-2016 - s. 20.

Mapy:

- Mapa 1.** Rozmieszczenie ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej - s. 22,
- Mapa 2.** Rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej - s. 26,
- Mapa 3.** Rozmieszczenie oddziałów dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego - s. 29,

Mapa 4. Rozmieszczenie podmiotów leczniczych psychiatrycznej opieki długoterminowej - s. 30,

Mapa 5. Plan rozmieszczenia Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa zachodniopomorskiego do realizacji w latach 2018-2022 i latach następnych - s. 46.