

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 71/2026 z dnia 9 września 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Zdrowszy Kołobrzeg - program w zakresie profilaktyki depresji
u dzieci i młodzieży w mieście Kołobrzeg”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowszy Kołobrzeg - program w zakresie profilaktyki depresji u dzieci i młodzieży w mieście Kołobrzeg”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia depresyjne występujące w populacji dzieci i młodzieży.

Projekt zakłada realizację działań informacyjno-edukacyjnych oraz edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży w wieku 10-15 lat, ich rodziców/opiekunów prawnych, a także osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. Program przewiduje również możliwość skorzystania z konsultacji specjalistycznych dla dzieci i młodzieży. Warto podkreślić, że działania zaplanowane w programie pozostają zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów.

Należy wskazać, że projekt w większości został opracowany prawidłowo. Jednak mając na względzie realizację programu o możliwie jak najwyższej jakości, **należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii**, a w szczególności dotyczące:

- o niespójności w kontekście liczby konsultacji specjalistycznych przewidzianych do realizacji w programie,
- o braku jednoznacznych zasad kwalifikacji do konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych,
- o niejasnego sposobu wykorzystania wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych (kwestionariusz CDI-2) podczas konsultacji psychologicznych,
- o zdawkowego opisu etapów i działań podejmowanych w ramach programu,
- o niewskazania szczegółowych informacji na temat dodatkowych źródeł finansowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Miasto Kołobrzeg, zakładający realizację działań informacyjno-edukacyjnych oraz edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży, ich rodziców/opiekunów prawnych, a także osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. W programie przewidziano również możliwość skorzystania z konsultacji specjalistycznych dla dzieci i młodzieży. Realizację programu zaplanowano na lata 2026-2028. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 121 627 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Miasta Kołobrzeg.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy rozległego problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia depresyjne występujące w populacji dzieci i młodzieży. W ramach opisu problemu zdrowotnego odniesiono się do definicji depresji, jej objawów, możliwych konsekwencji zdrowotnych oraz czynników ryzyka sprzyjających jej występowaniu. Opisano również specyfikę obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży, zwracając uwagę na trudności diagnostyczne wynikające z odmiennej manifestacji objawów w tej grupie wiekowej. W projekcie wskazano, że podstawową metodą leczenia depresji jest psychoterapia, obejmująca m.in. terapię indywidualną, grupową oraz rodzinną, przy czym podkreślono szczególne znaczenie zaangażowania rodziców lub opiekunów w proces terapeutyczny.

Projekt programu zawiera również referencje bibliograficzne i wykaz piśmiennictwa, na podstawie których opracowano projekt.

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne korespondujące z problemem zdrowotnym. Powołując się na dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazano, że na depresję choruje około 1% dzieci w wieku 2-5 lat, około 2% dzieci w wieku 6-12 lat, natomiast w grupie nastolatków rozpowszechnienie choroby sięga około 20%. Wskazano również, że zaburzenia psychiczne dotyczą od 10 do 20% dzieci i młodzieży, a samobójstwa stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w tej grupie wiekowej.

W kontekście danych krajowych przedstawiono informacje pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) (w ramach danych pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych). Zgodnie z danymi MPZ, w 2024 r. w Polsce w opiece psychiatrycznej leczono ponad 311 tys. pacjentów poniżej 18. r.ż., natomiast z powodu zaburzeń nastroju leczono około 16,1 tys. małoletnich. W projekcie przytoczono także dane dla województwa zachodniopomorskiego, zgodnie z którymi w 2024 r. z powodu zaburzeń nastroju leczono 402 osoby poniżej 18. r.ż., przy czym przypadki te dotyczyły głównie dziewcząt (75,2%) oraz młodzieży w wieku 12-17 lat (97,8%). Zaznaczono ponadto, że od 2019 r. liczba dzieci i młodzieży leczonych z powodu tej grupy schorzeń w województwie wzrosła ponad dwukrotnie.

W zakresie danych lokalnych przedstawiono informacje dotyczące mieszkańców Kołobrzegu. Wskazano, że zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2025 r. w publicznym systemie ochrony zdrowia odnotowano 34 rozpoznania zaburzeń nastroju u osób poniżej 18. r.ż. zamieszkujących Kołobrzeg, z czego zdecydowaną większość stanowiły przypadki epizodu depresyjnego. Podkreślono, że zaburzenia te dotyczyły głównie dziewcząt (71,9%) oraz młodzieży w wieku 12-17 lat (93,8%). Zwrócono również uwagę, że wskaźnik niepełnoletnich pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nastroju w Kołobrzegu był znacząco wyższy zarówno od wartości wojewódzkiej, jak i ogólnopolskiej. Jednocześnie zaznaczono, że dane pochodzące z publicznego systemu opieki zdrowotnej mogą nie odzwierciedlać pełnej skali zjawiska z uwagi na korzystanie części pacjentów ze świadczeń prywatnych lub niekorzystanie z pomocy medycznej pomimo występowania objawów.

Warto podkreślić, że w MPZ na lata 2022-2026, w odniesieniu do populacji ogólnej wskazano, że w województwie zachodniopomorskim „wzrośnie wskaźnik zapadalności na choroby psychiczne, w tym przede wszystkim na zaburzenia depresyjne (...)”. W ramach wyzwań systemu opieki zdrowotnej podkreślono, że „prognozy odnoszące się do 2028 r. zakładają

wzrost znaczenia problemów zdrowotnych związanych ze zdrowiem psychicznym mieszkańców województw”.

Natomiast w najnowszych dostępnych MPZ na lata 2027-2031 dla województwa zachodniopomorskiego jako wyzwanie systemu opieki zdrowotnej wskazano „zmniejszenie współczynnika samobójstw oraz współczynnika zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwie”. Wśród rekomendowanych kierunków działań wymieniono natomiast „prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat zdrowia psychicznego i sposobów walki np. z depresją” oraz „zwiększenie dostępności kompleksowej opieki psychiatrycznej dla mieszkańców województwa, w szczególności poprzez rozwój opieki środowiskowej w CZP”.

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi informacjami (stan na 1 września 2026 r.) na terenie Miasta Kołobrzeg 1 podmiot posiada umowę na realizację ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, natomiast żaden podmiot nie posiada umowy na realizację dziennych świadczeń psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży, ani też świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju w populacji dzieci i młodzieży wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych realizowanych w programie”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny został sformułowany prawidłowo i wydaje się możliwy do osiągnięcia w ramach zaplanowanych w projekcie działań. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów oraz załączono przykładowe testy, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Dla celu głównego zdefiniowano wysoki poziom wiedzy, wskazując na „80% poprawnych odpowiedzi”.

W treści projektu wskazano również 3 cele szczegółowe:

- (1) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju w populacji dzieci i młodzieży wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży”,
- (2) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju w populacji dzieci i młodzieży wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych”,
- (3) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju w populacji dzieci i młodzieży wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Wszystkie przedstawione cele szczegółowe odnoszą się do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy wśród uczestników programu – dzieci i młodzieży (cel nr 1), rodziców/opiekunów prawnych (cel nr 2) oraz osób pracujących z dziećmi i młodzieżą (cel nr 3).

Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów oraz załączono przykładowe testy, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono uzasadnienie przyjętych wartości docelowych, które także nie budzi zastrzeżeń.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju wśród dzieci i młodzieży, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”,
- (2) „odsetek dzieci/nastolatków, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju wśród dzieci i młodzieży, względem wszystkich dzieci/nastolatków uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”,
- (3) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju wśród dzieci i młodzieży, względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test% poprawnych odpowiedzi)”,
- (4) „odsetek osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju wśród dzieci i młodzieży, względem wszystkich osób pracujących z dziećmi i młodzieżą uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test% poprawnych odpowiedzi)”.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego.

Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 1.

Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 2.

Miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3.

Mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Należy jednak podkreślić, że w mierniku nr 3 i 4 znajduje się błąd redakcyjny. Na końcu obu wskaźników pozostawiono zbędny fragment tekstu „% poprawnych odpowiedzi)”, który nie wpływa na sposób interpretacji mierników, jednak wymaga usunięcia w celu zapewnienia spójności i poprawności redakcyjnej projektu PPZ

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dzieci i młodzieży w wieku 10-15 lat zamieszkujących Kołobrzeg, ich rodziców/opiekunów prawnych oraz osób pracujących z dziećmi/młodzieżą, w szczególności kadry pedagogicznej. Zgodnie z treścią projektu, do PPZ zostanie włączonych rocznie ok. 1 100 osób. Działania edukacyjne dla dzieci/młodzieży obejmą rocznie ok. 600 osób (łącznie ok. 1 800 osób), działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych ok. 400 osób (łącznie ok. 1 200 osób), natomiast działania edukacyjne dla osób pracujących z dziećmi/młodzieżą – ok. 40 osób (łącznie ok. 120 osób). Z kolei konsultacje specjalistyczne w programie obejmą rocznie 60 osób (łącznie ok. 180 osób).

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu.

Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez wprowadzenie kryterium wykluczającego osoby pozostające pod opieką poradni psychologicznej lub psychiatrycznej w zakresie działań przewidzianych w programie.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań informacyjno-edukacyjnych oraz edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży, ich rodziców/opiekunów prawnych, a także osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. Wskazano, że po każdym zakończonym zajęciu edukacyjnym uczestnicy będą mogli odbyć indywidualną konsultację z osobą prowadzącą. Program przewiduje również możliwość skorzystania z konsultacji specjalistycznych dla dzieci i młodzieży.

Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży

Spotkania będą prowadzone w grupach liczących maksymalnie 60 uczestników, we współpracy z placówkami oświatowymi, z wykorzystaniem infrastruktury szkół podstawowych na terenie Kołobrzegu. Zaplanowano przeprowadzenie co najmniej 10 spotkań w każdym roku realizacji programu, tj. minimum 30 spotkań w całym okresie jego realizacji. Zajęcia będą prowadzone przez psychologa i/lub pedagoga posiadającego odpowiednie wykształcenie, doświadczenie oraz kompetencje w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju, w tym wczesnego rozpoznawania problemów zdrowia psychicznego.

W trakcie zajęć poruszone zostaną następujące zagadnienia: czynniki ryzyka depresji, sposoby radzenia sobie z obniżonym nastrojem i innymi trudnościami rozwojowymi, a także sytuacje wymagające skorzystania ze specjalistycznej pomocy. W ramach interwencji uczestnicy uzyskają również informacje dotyczące dostępnych na terenie Kołobrzegu i okolic form wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, w tym placówek udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a także możliwości skorzystania z konsultacji specjalistycznych przewidzianych w programie.

W treści projektu zaplanowano ocenę poziomu wiedzy uczestników przy wykorzystaniu testu wiedzy opracowanego przez realizatora, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono wzór ww. testu, co do którego nie ma uwag.

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych będą obejmowały 45-minutowe spotkania, realizowane w grupach liczących maksymalnie 100 osób. Spotkania mają być prowadzone przez psychologa i/lub pedagoga posiadającego odpowiednie wykształcenie, doświadczenie oraz kompetencje w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju, w tym wczesnego rozpoznawania problemów zdrowia psychicznego. Zaplanowano realizację co najmniej 4 spotkań w każdym roku realizacji programu, tj. minimum 12 spotkań w całym okresie PPZ.

Podczas spotkań omówione zostaną zagadnienia dotyczące skuteczności terapii psychologicznych stosowanych wśród dzieci i młodzieży, identyfikacji grup podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych oraz dostępnych form wsparcia dla osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym. Podkreślone zostanie również znaczenie prawidłowego postępowania w sytuacjach kryzysowych, zasad samopomocy, rozpoznawania zachowań autoagresywnych i samobójczych u dzieci i młodzieży oraz podstaw udzielania pierwszej pomocy psychologicznej. W ramach interwencji uczestnicy uzyskają informacje dotyczące placówek i instytucji działających na terenie Kołobrzegu i okolic, w których można uzyskać pomoc w przypadku problemów z zakresu zdrowia psychicznego, w tym podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Przekazywane będą także informacje na temat możliwości skorzystania przez dzieci z konsultacji specjalistycznych (psychologicznych i/lub psychiatrycznych) przewidzianych w programie.

W treści projektu zaplanowano ocenę poziomu wiedzy uczestników przy wykorzystaniu testu wiedzy opracowanego przez realizatora, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono wzór ww. testu, co do którego nie ma uwag.

Działania edukacyjne dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą

Działania edukacyjne obejmą realizację 120-minutowych grupowych spotkań (maksymalnie 40 uczestników) i będą skierowane do osób pozostających w bezpośrednim kontakcie z dziećmi i młodzieżą, w tym nauczycieli, pedagogów szkolnych, lekarzy rodzinnych, pielęgniarek środowiskowych oraz innych pracowników instytucji pracujących z dziećmi i młodzieżą. Zaplanowano realizację co najmniej jednego spotkania w każdym roku realizacji programu, tj. minimum trzech spotkań w całym okresie jego realizacji. Zajęcia będą prowadzone przez psychologa i/lub pedagoga posiadającego odpowiednie wykształcenie, doświadczenie oraz kompetencje w zakresie profilaktyki zaburzeń nastroju, w tym wczesnego rozpoznawania problemów zdrowia psychicznego.

Zakres tematyczny działań edukacyjnych będzie obejmował zagadnienia związane z czynnikami ryzyka występowania zaburzeń nastroju, ich specyfiką oraz potencjalnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Uczestnicy zostaną zapoznani z metodami zapobiegania zaburzeniom nastroju, skutkami bagatelizowania objawów i opóźniania diagnostyki, a także z grupami szczególnie narażonymi na występowanie zaburzeń depresyjnych. Działania edukacyjne będą również obejmowały informacje dotyczące dostępnych form wsparcia dla dzieci i młodzieży doświadczających problemów zdrowia psychicznego, sposobów postępowania w sytuacjach kryzysowych oraz metod wzmacniania odporności psychicznej dzieci i młodzieży. W ramach interwencji uczestnicy pozyskają również wiedzę na temat zasad postępowania z dzieckiem lub nastolatkiem przejawiającym objawy kryzysu psychicznego, w tym zachowania mogące wskazywać na ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju lub depresji.

Podobnie jak w przypadku wcześniejszych interwencji edukacyjnych zaplanowano ocenę poziomu wiedzy uczestników w ramach pre- i post-testu. Do projektu załączono wzór ww. testu, co do którego nie ma uwag.

Warto podkreślić, że realizacja ww. działań edukacyjnych w grupach docelowych programu znajduje odzwierciedlenie w wytycznych (CPS 2023, NICE 2019). Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Konsultacje specjalistyczne dla dzieci i młodzieży

W ramach programu dzieci oraz młodzież będą mogły skorzystać z indywidualnych, 60-minutowych konsultacji psychologicznych i/lub psychiatrycznych, mających na celu ocenę stanu psychicznego uczestnika, identyfikację występujących trudności oraz określenie dalszych potrzeb diagnostycznych lub terapeutycznych.

W trakcie konsultacji psychiatrycznych zostanie przeprowadzony wywiad, ocena stanu psychicznego i somatycznego uczestnika oraz sformułowana diagnoza, o ile będzie to możliwe na podstawie przeprowadzonej konsultacji.

Konsultacje psychologiczne z kolei będą obejmowały identyfikację obszarów problemowych oraz czynników mogących przyczyniać się do występowania trudności psychicznych, z uwzględnieniem zasobów i deficytów uczestnika oraz jego środowiska. Ocena będzie prowadzona z wykorzystaniem metod klinicznych, takich jak wywiad, obserwacja i rozmowa, a także standaryzowanych narzędzi psychologicznych, w tym kwestionariusza CDI-2.

W treści projektu wskazano, że po zakończeniu konsultacji psychiatrycznych i/lub psychologicznych, uczestnik otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym informacje o właściwej placówce medycznej, do której powinien zostać skierowany w celu kontynuacji diagnostyki lub leczenia.

Interwencja zakłada realizację maksymalnie 60 konsultacji specjalistycznych w każdym roku realizacji programu, tj. do 120 konsultacji w całym okresie jego realizacji. Należy jednak

podkreślić, że projekt został zaplanowany na 3 lata, zatem biorąc również pod uwagę budżet PPZ – liczba takich konsultacji powinna wynosić 180.

Warto wskazać, że projekt nie określa jednoznacznie zasad kwalifikowania uczestników do konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych. Z opisu interwencji nie wynika, jakie przesłanki będą decydowały o skierowaniu dziecka do konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej. Ponadto, w projekcie nie określono jednoznacznie zakresu wsparcia przypadającego na jednego uczestnika programu. Nie wskazano, czy uczestnik będzie mógł skorzystać wyłącznie z jednej konsultacji specjalistycznej, czy też przewiduje się możliwość udziału w więcej niż jednej konsultacji, w tym zarówno psychologicznej, jak i psychiatrycznej.

Dodatkowo w opisie konsultacji psychologicznej wskazano możliwość wykorzystania wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych (np. kwestionariusza CDI 2), jednak zastosowanie takich narzędzi nie ma charakteru obligatoryjnego. Projekt przewiduje, że identyfikacja problemów może odbywać się z wykorzystaniem metod klinicznych (wywiad, obserwacja, rozmowa) lub wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych. W konsekwencji nie jest jasne, czy i w jakim zakresie uczestnicy programu będą poddawani ustrukturyzowanej ocenie objawów depresyjnych. Warto wskazać, że w ramach badań w kierunku depresji u dzieci i młodzieży, wskazany w projekcie kwestionariusz CDI 2 znajduje poparcie w przygotowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia rekomendacjach, w których wskazano, że normy polskie dla tego kwestionariusza opracowane są dla populacji w wieku od 7 do 18 lat (MZ 2019).

Należy zaznaczyć, że zaplanowane badania w kierunku zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży znajdują odzwierciedlenie w większości odnalezionych wytycznych. Warto podkreślić, że w części wytycznych nie wskazuje się konkretnego wieku, w którym należy przeprowadzić badania przesiewowe – odnoszą się one ogólnie do populacji dzieci i młodzieży. Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Wskazano następujące wskaźniki dla oceny zgłaszalności do programu:

- (1) „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie”,
- (2) „liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych dla dzieci i młodzieży”,
- (3) „liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych”,
- (4) „liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą”,
- (5) „liczba osób, które wzięły udział w konsultacjach psychologicznych”,
- (6) „liczba osób, które wzięły udział w konsultacjach psychiatrycznych”,
- (7) „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności, które zostały sformułowane prawidłowo.

Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Należy również podkreślić, że w ramach opisu etapów PPZ nie uwzględniono akcji informacyjno-edukacyjnej. Przedstawiono informacje dotyczące sposobu zakończenia udziału w programie oraz wymagań w zakresie personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie zaznaczono, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszt całkowity programu, które nie budzą zastrzeżeń. Zaznaczono także, że monitorowanie i ewaluacja będą prowadzone w ramach zadań własnych pracowników Centrum Usług Społecznych w Kołobrzegu.

Koszt całkowity programu oszacowano na 121 627 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Miasto Kołobrzeg oraz środków pochodzących z innych źródeł. Wskazano również na możliwość wnoszenia częściowej odpłatności przez uczestników programu w ramach realizacji usług społecznych przez Centrum Usług Społecznych w Kołobrzegu. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono bardziej szczegółowych informacji w zakresie dodatkowych źródeł finansowania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zaburzenia depresyjne to grupa zaburzeń z dominującym objawem subiektywnie odczuwanego obniżenia nastroju (które jednak może nie być okazywane). Występują one w przebiegu zaburzeń nastroju (afektywnych), zaburzeń somatycznych, zaburzeń adaptacyjnych (wywołane np. trudną sytuacją), zatruc i działań niepożądanych leków, zaburzeń schizofrenicznych, depresji popsychotycznej, zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych, neurastenii, zespołów abstynencyjnych.

Narastające objawy depresji u nastolatków wymagają szczególnej uwagi, zwłaszcza dlatego, że doprowadzić mogą do próby samobójczej lub samobójstwa. W leczeniu największą rolę odgrywa psychoterapia (terapia rodzinna, indywidualna), znacznie mniejszą rolę odgrywają leki antydepresyjne.

Należy podkreślić, że zmienia się również obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także dochodzi do zamierzonych samookaleczeń, prób samobójczych, co wymaga większego zaangażowania psychiatrów w leczenie.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2026 poz. 383), świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, a w zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych, a także w ramach poziomów referencyjnych (I poziom: zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży oraz ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży; II poziom: centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży; poradnia zdrowia psychicznego; III poziom: ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej).

W Polsce prowadzony jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2023-2030. Wśród jego celów głównych wymienić należy:

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

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Badania przesiewowe w kierunku depresji u dzieci i młodzieży

- *Canadian Paediatric Society* zaleca realizację badań przesiewowych w zakresie zdrowia psychicznego w ramach wizyt zdrowych dzieci w placówkach POZ, wskazując, że stanowią one okazję do omówienia obaw rodziców, porad dotyczących rozwoju dziecka i przeprowadzenia obserwacji pod kątem zdrowia psychicznego (np. poprzez regularne badania przesiewowe w kierunku pojawiających się problemów ze zdrowiem psychicznym) z myślą o wczesnej interwencji, jeśli zajdzie taka potrzeba (CPS 2023).

Depresja – skринing uniwersalny

- Amerykańskie towarzystwa naukowe (*American Academy of Pediatrics* oraz *U.S. Preventive Services Task Force*) zalecają przeprowadzanie badań przesiewowych w kierunku depresji (tzw. dużej depresji, MMD, *Major Depressive Disorder*) u młodzieży w wieku ≥ 12 lat (AAP 2025a, USPSTF 2022a).
- Podobnie brytyjskie *National Institute for Health and Care Excellence* zaleca, aby u dzieci i młodzieży powyżej 11 r.ż., skierowanych do placówek opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, bez rozpoznanej depresji, w ramach ogólnej diagnostyki przeprowadzać rutynowe badania przesiewowe w kierunku depresji w oparciu o kwestionariusze (NICE 2019).
- Wśród przykładowych narzędzi stosowanych w ramach badań przesiewowych w kierunku depresji, USPSTF wskazuje kwestionariusz PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) (USPSTF 2022a), natomiast NICE kwestionariusze K-SADS (*Kiddie-Sads*) oraz CAPA (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment*) (NICE 2019).
- AAP zaleca, aby badania przesiewowe w ww. populacji były realizowane corocznie (AAP 2025a), natomiast USPSTF wskazuje na brak wystarczających dowodów w zakresie odpowiednich lub zalecanych odstępów czasowych, w jakich należy realizować badania przesiewowe w kierunku depresji (USPSTF 2022a).

Wczesna diagnostyka zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży

- W polskich wytycznych konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychologii klinicznej podkreśla się, że diagnostyka psychologiczna dzieci i młodzieży jest procesem uwzględniającym aspekt psychospołeczny i rozwojowy oraz bazującym na obserwacji, wywiadzie i użyciu narzędzi diagnostycznych (Konsultanci 2019).
- Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że w ramach wykrywania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, w przypadku dzieci między 5. a 9. r.ż. należy dokonać oceny funkcjonowania w szkole i relacji z rówieśnikami, a także monitorować występowanie objawów lęku, depresji i trudności w nauce. Natomiast u nastolatków (między 10 a 19 r.ż.) należy dokonać oceny występowania zachowań ryzykownych (samookaleczania, nadużywania substancji psychoaktywnych) oraz relacji rodzinnych i rówieśniczych (WHO 2023).
- W odnalezionych wytycznych wskazuje się, że w ramach diagnostyki zaburzeń depresyjnych ocenie powinny zostać poddane m.in. następujące aspekty:
 - występowanie czynników ryzyka depresji (środowiskowe, rodzinne, indywidualne, somatyczne) (USPSTF 2022a, MZ 2019);

- ryzyko samouszkodzeń i zachowań samobójczych (MZ 2019);
- występowanie zaburzeń funkcjonalnych (AAP 2025a);
- występowanie innych schorzeń psychiatrycznych (AAP 2025a).
- USPSTF wymienia następujące czynniki ryzyka MDD:
 - czynniki genetyczne, biologiczne i środowiskowe (takie jak depresja w rodzinie, wcześniejsze wystąpienie epizodów depresyjnych, inne problemy zdrowia psychicznego lub problemy behawioralne);
 - czynniki osobnicze (np. wiek, płeć, tożsamość płciowa, orientacja seksualna czy predyspozycje genetyczne);
 - inne psychospołeczne czynniki ryzyka (molestowanie seksualne lub zaniedbywanie w dzieciństwie, wystąpienie traumatycznych wydarzeń, znęcanie się – zarówno w przypadku sprawcy jak i ofiary, wczesne narażenie na stres, maltretowanie lub niepewność w relacji z rodzicami) (USPSTF 2022a).

Narzędzia stosowane w diagnostyce zaburzeń zdrowia psychicznego

- W odnalezionych wytycznych wymienia się następujące narzędzia mające zastosowanie w diagnostyce depresji u dzieci i młodzieży:
 - zestaw kwestionariuszy CDI 2 (*Children's Depression Inventory 2*) (u dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat) (Konsultanci 2019, MZ 2019);
 - kwestionariusz PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) oraz PHQ-A (*Patient Health Questionnaire-Adolescent*) (USPSTF 2022a);
 - Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL (przesiewowo m.in. w diagnozie depresji, pobudzenia napięciowego, pobudzenia energetycznego, tonusu hedonistycznego – od 16 r.ż.) (Konsultanci 2019);
 - Skale Objawowe Zaburzeń Okresu Adolescencji (SOZOA) (skale przesiewowe, objawowe – stosowane w diagnostyce zaburzeń zachowania, ADHD, zaburzeń odżywiania i depresji u młodzieży) (Konsultanci 2019);
 - Skala depresji Kutchera dla młodzieży KADS (*Kutcher Adolescent Depression Scale*) (MZ 2019);
 - skala oceny skłonności samobójczych C-SSRS (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*) (MZ 2019);
 - skala CESD (*Center for Epidemiological Studies Depression*) (USPSTF 2022a);
 - kwestionariusz CAPA (NICE 2019);
 - kwestionariusz K-SADS (NICE 2019).

Interwencje psychologiczne

- Wśród interwencji psychologicznych wdrażanych w populacji dzieci i młodzieży z depresją lub zaburzeniami lękowymi, stosuje się różne rodzaje psychoterapii, jednak najczęściej wytycznych wskazuje na zasadność stosowania w leczeniu ww. zaburzeń terapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive-behavioural therapy*) (AAP 2025b, ACE 2025, CDC 2025, AACAP 2023, CPS 2023, USPSTF 2022a, USPSTF 2022b, AACAP 2020, WHO 2020, APA 2019, MZ 2019, NICE 2019).
- Inne interwencje psychologiczne wskazywane w rekomendacjach obejmują:
 - ogółem w depresji i zaburzeniach lękowych:
 - terapię dialektyczno-behawioralną (DBT, *dialectical behaviour therapy*) (CPS 2023),
 - terapię wspierającą (MZ 2019);

- w depresji:
 - psychoterapię interpersonalną dla młodzieży (IPT-A, *Interpersonal Psychotherapy for Adolescents*) (AAP 2025b, AACAP 2023, USPSTF 2022a, APA 2019, NICE 2019),
 - grupową niedyrektywną terapię wspierającą (NDST, *non-directive supportive therapy*) (NICE 2019),
 - terapię rodzinną opartą na przywiązaniu (NICE 2019),
 - terapię rodzinną, terapię rozwiązywania problemów, terapię psychodynamiczną, terapię wspierającą – w sytuacji, gdy CBT lub IPT-A nie są dostępne lub nie są akceptowalne dla pacjenta i jego rodziców/opiekunów (APA 2019).

Interwencje behawioralne

- W wytycznych kanadyjskich w kontekście m.in. zaburzeń nastroju i stanów lękowych zaleca się realizację interwencji behawioralnej obejmującej:
 - zmianę stylu życia (np. sposobu odżywiania, aktywności fizycznej, snu);
 - promowanie technik relaksacyjnych (np. medytacji, jogi);
 - realizację programów szkoleniowych dla rodziców dotyczących strategii ustanawiania struktury, wzmacniania pozytywnych zachowań i konsekwentnej dyscypliny oraz wzmacniania relacji rodzic-dziecko poprzez pozytywną komunikację;
 - wytyczne w zakresie czasu korzystania z ekranów;
 - ćwiczenia w zakresie umiejętności wspólnego rozwiązywania problemów;
 - budowanie umiejętności stosowania pozytywnych wzmocnień (np. chwalenia zarówno wysiłków, jak i wyników);
 - uczenie skutecznego/właściwego stosowania zachęt i nagród rzeczowych oraz wyznaczania limitów (CPS 2023).

Działania edukacyjne

- Wytyczne kanadyjskie wskazują psychoedukację w schorzeniach zdrowia psychicznego jako jedną z zalecanych interwencji nefarmakologicznych opartych na dowodach. Interwencje z tego zakresu mogą mieć charakter indywidualny, grupowy lub skierowany do całych społeczności i powinny obejmować uczenie dzieci i ich rodziców nt. konkretnych zaburzeń – ich etiologii, definicji diagnostycznej, strategii postępowania oraz potencjalnego ryzyka lub czynników utrwalających, których należy unikać (CPS 2023).
- CPS wskazuje również na zasadność współpracy ze szkołami w celu stworzenia środowiska wspierającego naukę i zdrowie psychiczne dzieci (CPS 2023).
- W wytycznych brytyjskich zwraca się uwagę na konieczność przekazywania małoletnim pacjentom oraz ich rodzinom rzetelnych informacji. Pracownicy ochrony zdrowia zaangażowani w wykrywanie i ocenę depresji lub leczenie dzieci i młodzieży chorych na depresję, powinni zadbać o to, aby informacje zostały przekazane pacjentowi oraz jego rodzicom i opiekunom w odpowiednim czasie. Informacje powinny być dostosowane do wieku pacjenta i powinny obejmować charakterystykę, przebieg i leczenie depresji, a w przypadku wdrożenia farmakoterapii, również profil działań niepożądanych leków. Należy dołożyć wszelkich starań, aby włączyć pacjenta jak i jego rodziców/opiekunów w proces podejmowania decyzji, w pełni uwzględniając ich oczekiwania, tak, aby byli w stanie wyrazić świadomą zgodę na wdrożenie leczenia (NICE 2019).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- Zapobieganie depresji, chorobie stanowiącej uznaną źródło niepełnosprawności i kosztów w opiece zdrowotnej, jest działaniem wysoce umotywowanym (Merry 2007).

- Badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią obiecującą metodę postępowania. Równocześnie istnieją obawy, że niezbadane są ujemne efekty takiego postępowania, głównie możliwość stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Przed rutynowym zastosowaniem tego typu postępowania należy dokładniej zbadać długofalowe efekty programu, efekty możliwe do osiągnięcia w rzeczywistej praktyce i jego efektywność kosztową (Cuijpers 2006).
- W zakresie redukcji objawów depresyjnych przed/po interwencji, w metaanalizie wyników programów celowanych (5 programów) wykazano istotną statystycznie poprawę – SMD=0,26 [95%CI: (-0,40; -0,13)]. Choć programy uniwersalne (3 programy) same w sobie nie wykazały się istotną statystycznie efektywnością, metaanaliza wyników wykazała zmianę na poziomie SMD=-0,26 [95%CI: (-0,36; -0,15)]. Metaanaliza redukcji objawów depresyjnych ocenianych w dłuższym czasie obserwacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic, choć 1 program celowany, oceniany po 36 miesiącach, był granicznie skuteczny – SMD=-0,29 [95%CI: (-0,56; -0,01)] (Merry 2007).
- W zakresie wskaźnika zapadalności na depresję, programy celowane (3 programy) wykazały się istotną statystycznie skutecznością tuż po interwencji: w metaanalizie różnica ryzyka (RD) wyniosła -0,13 [95%CI: (-0,22; -0,05)], podobnie jak w programach uniwersalnych. Po 12 miesiącach programy celowane, w odróżnieniu od uniwersalnych, osiągnęły graniczną istotną statystycznie efektywność (RD=-0,12 [95%CI: (-0,24; -0,01)], po 24 i 36 miesiącach nie wykazano istotnego statystycznie efektu (Merry 2007).
- Programy celowane są efektywniejsze niż uniwersalne i selektywne (choć należy docenić wartość niektórych, dobrze poprowadzonych programów uniwersalnych). Interwencje prowadzone przez profesjonalistów są skuteczniejsze, choć mogą być droższe niż prowadzone przez nauczycieli (Calear 2009).

Podsumowanie opinii ekspertów

Zaburzenia depresyjne wymagają, oprócz farmakoterapii, pomocy psychologicznej i psychoterapii. Ze względu na fakt, iż świadomość społeczną najłatwiej jest poszerzać poprzez działania edukacyjne, konieczne jest prowadzenie systematycznej, planowej psychoedukacji w szkołach i innych placówkach.

Z upoważnienia Prezesa

Zastępca Prezesa

Przemysław Rządziejewicz

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.55.2026 „Zdrowszy Kołobrzeg - program w zakresie profilaktyki depresji u dzieci i młodzieży w mieście Kołobrzeg”; data ukończenia: wrzesień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 129/2026 z dnia 7 września 2026 roku o projekcie programu „Zdrowszy Kołobrzeg - program w zakresie profilaktyki depresji u dzieci i młodzieży w mieście Kołobrzeg”.