



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w nowym modelu

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.541.3.2019

data ukończenia 14.08.2019

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy:

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
Szpital Pediatriczny w Bielsku-Białej
Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
Euro-Med sp. z o.o.
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Beata Tatrocka-Burzawa, Ewa Stachowiak, Joanna Albert, Anna Płotek "KOMPAS" s.c.
"Centrum Medyczne w Łańcucie" sp. z o.o.
Feniks Karet i Wspólnik sp.j.
Czesław Jarosz, Zakład Lecznicy: Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Czesław Jarosz
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o.
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej
Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku
Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie
Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie
Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryżana
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy
Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie
Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu
Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
Szpital Pediatriczny w Bielsku-Białej
Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
Euro-Med sp. z o.o.
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Beata Tatrocka-Burzawa, Ewa Stachowiak, Joanna Albert, Anna Płotek "KOMPAS" s.c.

"Centrum Medyczne w Łąncucie" sp. z o.o.

Feniks Karel i Wspólnik sp.j.

*Czesław Jarosz, Zakład Lecznicy: Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Czesław Jarosz
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o.*

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej

Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku

Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana

*Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego
w Gnieźnie*

Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie

Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryżana

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

*Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Lublinie*

Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu

Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego

o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie

Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego

Euro-Med sp. z o.o.

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Beata Tatrocka-Burzawa, Ewa Stachowiak, Joanna Albert, Anna Płotek "KOMPAS" s.c.

"Centrum Medyczne w Łąncucie" sp. z o.o.

Feniks Karel i Wspólnik sp.j.

*Czesław Jarosz, Zakład Lecznicy: Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Czesław Jarosz
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o.*

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej

Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku
Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o.
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie
Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie
Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryżana
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy
Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie
Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu
Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1330 z późn. zm.) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
bd.	brak danych
CMD	powszechne zaburzenia psychiczne (ang. <i>common mental disorders</i>)
CZP	Centra Zdrowia Psychicznego
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPOZP	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkt leczniczy
PPP	poradnie psychologiczno-pedagogiczne
SIO	System Informacji Oświatowej
SMD	ciężkie zaburzenia psychiczne (ang. <i>severe mental disorders</i>)
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 roku, poz. 1373 z późn. zm.)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WM	wyrób medyczny
Zarządzenie nr 41/2018 Prezesa NFZ	Zarządzenie nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
Zarządzenie nr 82/2019 Prezesa NFZ	Zarządzenie nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Spis treści

1. Problem decyzyjny	7
2. Taryfikowane świadczenie.....	8
2.1.Charakterystyka świadczenia	8
2.2.Aktualny stan finansowania w Polsce	15
2.3.Analiza popytu i podaży	32
2.4.Stan finansowania w innych krajach	63
2.5.Cenniki komercyjne	74
2.6.Uwagi do świadczenia	74
3. Projekt taryfy.....	75
3.1.Pozyskanie danych	75
3.2.Analiza danych.....	76
3.3.Analiza wrażliwości.....	91
3.4.Projekt taryfy.....	94
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	100
4.1.Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	100
4.2.Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	103
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	105
6. Bibliografia	114
7. Spis tabel i rysunków	116
8. Załączniki.....	119

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z 15.02.2019 r., znak ASG.4083.1.2019.DS (data wpływu do AOTMiT 18.02.2019 r.), w związku z art. 31a ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu II Planu Taryfikacji na 2016 r., tj.: *„Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”*, w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, określonych w projektowanym załączniku nr 8 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 i 1610)*.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowane przez:

- Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny,
- Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny,
- Ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny.

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w następujących zakresach:

- Świadczenia psychologiczne
 - Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży
 - Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży
 - Leczenie środowiskowe (domowe)
 - Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży
-

zwane dalej: **nowym modelem opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży**.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Trudne sytuacje i zdarzenia wywołują negatywne emocje – lęk, napięcie, niepokój, rozdrażnienie, smutek, zniechęcenie, także bezsenność i zmiany apetytu. Zmiany te o charakterze samoistnie przemijających stresowych reakcji emocjonalnych i psychofizjologicznych nie są jeszcze zaburzeniami psychicznymi. Stanowią jednak sygnał ostrzegawczy możliwości wystąpienia zaburzenia. Przewyciężenie kryzysu zwiększa zasoby umiejętności radzenia sobie i zdolności adaptacyjne, a więc wzmacnia zasoby zdrowia danej osoby. Jednak jeśli sytuacja kryzysowa i stres przerasta możliwości adaptacyjne tej osoby uruchamiane są dysfunkcyjne sposoby radzenia sobie z napięciem psychicznym, np. przez używanie substancji psychoaktywnych, uruchomienie nieświadomych psychologicznych mechanizmów obronnych, lub ucieczkę w samobójstwo. Znacznie nasilony stres lub przewlekłe utrzymywanie się sytuacji trudnej może prowadzić do załamania mechanizmów przystosowawczych i wystąpienia zaburzeń związanych ze stresem, lękowych, nerwicowych, a nawet trwałych zmian osobowości. U osób podatnych (obciążonych genetycznie, po przebytych urazach fizycznych i psychicznych, o słabych umiejętnościach radzenia sobie, pozbawionych wsparcia innych osób, a także używających substancji psychoaktywnych) może pod wpływem sytuacji trudnej dojść do wyzwolenia pierwszego epizodu lub nawrotu choroby psychicznej: schizofrenii, choroby afektywnej (depresji, manii), psychozy urojeniowej lub innej. Wsparcie udzielane osobom w sytuacjach znacznego obciążenia stresem ma podstawowe znaczenie dla zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Podobnie istotne znaczenie ma wspieranie rodziny, która jest najważniejszym naturalnym systemem wsparcia społecznego.

Do głównych kategorii zaburzeń psychicznych i zachowania według ICD-10 należą: organiczne zaburzenia psychiczne, zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe, zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, zaburzenia behawioralne, zaburzenia osobowości i zachowania, upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego), zaburzenia zachowania i emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (Załuska, 2015, strony 54-55).

W związku ze specyfiką uwarunkowań i ryzyka występowania zaburzeń psychicznych w różnych okresach życia człowieka Ustawa zasadnicza wyróżnia szczególne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia „dzieci, kobiet ciężarnych i osób w podeszłym wieku”, a ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymienia „dzieci, młodzież i osoby starsze”, jako należące do grup, wobec których przede wszystkim są podejmowane działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (Załuska, 2015, strony 59-60).

Dzieciństwo i wiek młodzieńczy

Dzieciństwo i wiek młodzieńczy są okresem, w którym ujawniają się wpływy genetyczne i środowiskowe (zwłaszcza środowiska rodzinnego) na procesy rozwojowe i stan zdrowia psychicznego (Załuska, 2015, strony 59-60)

Czynniki decydujące o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży można podzielić na biologiczne (genetyczne, infekcyjne, toksyczne) i psychospołeczne (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza). Charakteryzuje je interakcja doświadczeń, począwszy od charakteru przywiązania, relacji

interpersonalnych z jednej strony, a funkcjonowania mózgu oraz wyposażenia genetycznego z drugiej. Zasady opieki psychiatrycznej należy rozpatrywać w powiązaniu z tymi właśnie uwarunkowaniami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Namysłowska, 2013).

Czynniki biologiczne

Do tej grupy zalicza się przede wszystkim czynniki genetyczne. Pojedyncze geny są rzadko odpowiedzialne za zaburzenia psychiczne, najczęściej dotyczą one niektórych postaci upośledzenia umysłowego, podczas gdy w przypadku większości zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, autyzm, zaburzenia odżywiania się jest wiele podejrzanych obszarów w genomie, ale nie ma dowodów na istnienie konkretnego, odpowiedzialnego genu. Inne czynniki to zaburzenia w strukturze chromosomów, których typowym przykładem jest zespół Downa z trisomią chromosomu 21, zespół kruchego chromosomu X. Czynniki zewnętrzne działające w różnych okresach rozwoju dziecka, od okresu prenatalnego do dorosłości mają znaczenie dla rozwoju zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Do tych wcześniejszych zaliczamy przede wszystkim nadużywanie przez matkę alkoholu w trakcie ciąży i w konsekwencji rozwój zespołu FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*). Inne to nadużywanie substancji psychoaktywnych, infekcje HIV, niedobory żywieniowe, urazy głowy i infekcje, zwłaszcza te, które uszkodzają OUN.

Czynniki psychospołeczne

Zrozumienie dziecka lub nastolatka z całościowej perspektywy rozwojowej wymaga rozważenia jego funkcjonowania w aspekcie indywidualnym: emocjonalnym, poznawczym, ruchowym, jak i funkcjonowania w trzech najważniejszych dla niego systemach, jakimi są: rodzina, szkoła i grupa rówieśnicza.

Wpływ rodziny na zdrowie psychiczne dzieci

Wszyscy badacze są zgodni co do tego, że rodzina jest najważniejszym czynnikiem psychospołecznym w prawidłowym, ale i zaburzonym rozwoju człowieka. Związane z rodziną czynniki wpływające na dziecko można podzielić następująco:

- Czynniki związane z dużą, społeczną patologią rodziny, taką jak: przestępczość, alkoholizm, uzależnienie od narkotyków, prostytutka, fizyczne maltretowanie lub seksualne wykorzystywanie dziecka, a także poważne choroby jednego z rodziców, zwłaszcza choroby psychiczne.
- Czynniki dotyczące struktury rodziny i takich jej cech, jak: wielkość, obecność obojga lub jednego rodzica, pozycja dziecka w rodzinie (kolejność urodzenia) oraz bardziej subtelnych cech struktury rodziny, takich jak: granice, koalicje, przymierza, nadmierne uwikłanie emocjonalne lub separacja emocjonalna.
- Czynniki związane ze sposobami komunikowania się w rodzinie oraz sposobem wychowania dziecka.
- Separacja i straty jednego lub obojga rodziców.

Wpływ szkoły na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Wśród czynników negatywnych związanych ze szkołą, wymienia się: niedostatki w środowisku fizycznym szkoły, nieprawidłowości w organizacji procesu nauczania, niekorzystną strukturę kadry nauczającej, niedostateczne współdziałania rodziców i szkoły, i wreszcie narastające zjawisko agresji

wśród uczniów w szkole, które może mieć charakter agresji bezpośredniej, pośredniej oraz wykluczenia z grupy i czynienia z dziecka „kozła ofiarnego”.

Wpływ grupy rówieśniczej na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Znaczenie rówieśników zarówno dla kształtowania zdrowia oraz jako czynnik zaburzeń psychicznych dzieci rośnie wraz z wiekiem i ma szczególne znaczenie u nastolatków (Irena Namysłowska, 2013).

Do zaburzeń psychicznych w okresie dzieciństwa należą zaburzenia rozwoju psychicznego, w tym zaburzenia specyficzne: rozwoju mowy i języka, umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych oraz zaburzenia całościowe: autyzm, zespół Retta i Aspergera, a także zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym: zaburzenie hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości psychoruchowej), zaburzenia zachowania, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia lękowe (uogólnione, lęk separacyjny, społeczny, foniczny), zaburzenia funkcjonowania, w tym zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia przywiązania, mutyzm wybiórczy, tiki, jękanie, zaburzenia odżywiania. W okresie tym rozpoznawane jest też upośledzenie umysłowe (Załuska, 2015, strony 59-60).

Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży

Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są dość zgodne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia¹ (Janas-Kozik, 2017).

W poniższej tabeli przedstawiono 10 najczęstszych rozpoznań wśród dzieci i młodzieży w 2017 roku.

Tabela 1 Dziesięć najczęstszych rozpoznań wśród dzieci i młodzieży

ICD-10	Nazwa	Liczba pacjentów	Odsetek rozpoznań
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe	30 025	17,28%
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)	26 897	15,48%
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie	19 175	11,03%
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	15 984	9,20%
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	15 653	9,01%
F91	Zaburzenia zachowania	8 993	5,17%
F99	Zaburzenia psychiczne, inaczej nieokreślone	5 759	3,31%
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	5 469	3,15%
F41	Inne zaburzenia lękowe	5 188	2,98%
F32	Epizod depresyjny	4 515	2,60%

Źródło: (Ministerstwo Zdrowia, 2019).

Analiza danych dotyczących liczby świadczeń udzielanych na przestrzeni lat 2009–2017 wskazuje na rokroczne zwiększanie się liczby pacjentów (należy podkreślić, że równocześnie zwiększała się również liczba kontraktów) (Ministerstwo Zdrowia, 2019). Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową, zwłaszcza w zakresie całościowych zaburzeń rozwoju (spektrum zaburzeń autystycznych) oraz zaburzeń zachowania (zwłaszcza wśród dziewcząt). Należy również podkreślić, że zmienia się obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich

¹ Dane dotyczą sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku

przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także zamierzonych samookaleczeń, prób samobójczych w epizodach depresyjnych – niepokojąca jest w Polsce liczba dokonanych samobójstw w latach 2012 i 2013, po okresie względnej stabilizacji, oraz dramatyczny wzrost ostrych przyjęć nastolatków po próbach samobójczych na oddziały szpitalne (Janas-Kozik, 2017).

Koszty zaburzeń psychicznych

Psychiatria jest jedną z najbardziej kosztownych gałęzi medycyny. Szacuje się, że w USA koszty zaburzeń psychicznych stanowią ok. 10% całych nakładów na ochronę zdrowia.

Do najbardziej kosztownych zaburzeń psychicznych zalicza się depresję i schizofrenię.

Choroby afektywne należą do jednych z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, mimo że wiele przypadków depresji pozostaje niezdiagnozowanych lub też nierozpoznawanych dostatecznie wcześnie. Depresja jest schorzeniem prowadzącym do różnego stopnia inwalidztwa, porównywalnego z następstwami takich chorób, jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba wieńcowa, choroba reumatyczna, choroba wrzodowa przewodu pokarmowego czy nawracające stany zapalne korzonków nerwowych.

Schizofrenia wprawdzie nie występuje tak często jak depresja, to jednak w większości przypadków ma przewlekły charakter i nieuchronnie prowadzi do inwalidztwa. Z uwagi na długotrwałe leczenie szpitalne około 1/3 budżetu szpitali psychiatrycznych jest przeznaczona na leczenie pacjentów ze schizofrenią.

Badania holenderskie Gijla i wsp. na pierwszym miejscu sytuują choroby zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego przebiegające z otępieniem, które pochłaniają aż 32% wszystkich kosztów bezpośrednich w psychiatrii. Według tych autorów schizofrenia pochłania 13% środków, a depresja 9%.

Wśród przyczyn wysokich kosztów zaburzeń psychicznych wymienia się:

- wysokie wskaźniki rozpowszechnienia,
- niskie wskaźniki rozpoznawania i niewystarczająco dobra odpowiedź na leczenie,
- stosunkowo młody wiek pacjentów i wysoki wskaźnik inwalidyzacji,
- wysoka nawrotowość i przewlekły przebieg choroby,
- wysoki wskaźnik umieralności z powodu samobójstw,
- stygmatyzację chorobą psychiczną (Kiejna i Rymaszewska, 2004).

Organizacja opieki zdrowotnej

W Polsce dominuje model psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w ramach którego świadczenia dla pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi oraz z zaburzeniami o ciężkim przebiegu, udzielane są głównie w warunkach stacjonarnych w szpitalach psychiatrycznych (tzw. model azylowy). Podobny model był powszechny przez wiele lat także w innych krajach europejskich, co wynikało z przekonania, że zgromadzenie osób chorych psychicznie w jednym miejscu i otoczenie ich opieką wykwalifikowanej kadry medycznej powinno być najbardziej efektywną oraz ekonomiczną formą leczenia. Ponadto, z uwagi na nieprzychylną opinię społeczeństwa w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, łatwiej było izolować tych chorych w szpitalach psychiatrycznych.

Aktualnie, w wielu krajach odchodzi się od tego modelu, który jest zastępowany przez model opieki środowiskowej.

Model środowiskowy to dążenie do ograniczenia potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej, poprzez udostępnianie wielu alternatywnych form pomocy wobec pobytu w szpitalu i przybliżanie ich do miejsc zamieszkania chorych, takich jak: aktywne poradnie z szeroką ofertą terapeutyczną, mobilne zespoły środowiskowe oferujące w zwiększonym zakresie możliwość świadczenia pomocy w domu chorego, placówki terapii i rehabilitacji w warunkach pobytu dziennego. Liczne doświadczenia zagraniczne wskazują na możliwość innych jeszcze, alternatywnych wobec szpitali, form pomocy (np. pensjonatów kryzysowych, mieszkań kryzysowych, ośrodków wsparcia i umacniania). Obok form pomocy zdrowotnej, środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego oferuje zwykle zróżnicowaną i dostosowaną do uzasadnionych potrzeb ofertę wsparcia społecznego (np. pomoc bytowa, mieszkaniowa, kryzysowa) i uczestnictwa (różne formy wspomaganie nauki, chronionego lub wspomaganego zatrudnienia, poradnictwa zawodowego). Istotnymi cechami opieki środowiskowej są: dostępność pomocy, jej indywidualizacja i dostosowanie, koordynacja i zachowanie ciągłości wtedy, gdy jest ona potrzebna.

Jest sprawą oczywistą, że taki system opieki może kierować swe oddziaływanie do określonej terytorialnie społeczności lokalnej, która bierze odpowiedzialność za jego udostępnienie i funkcjonowanie. Cele wspomnianej transformacji opieki psychiatrycznej od modelu azylowego do środowiskowego można zamknąć w kilku hasłach. Pierwsze z nich streszcza termin deinstytucjonalizacja, który oznacza w tym kontekście przeniesienie ciężaru pomocy z wielkiej, hierarchicznej instytucji (szpitala psychiatrycznego) do ośrodków pomocy i wspierania usytuowanych w obrębie lokalnej społeczności. Drugie hasło akcentuje upodmiotowienie, co wymaga odejścia od traktowania potrzebujących pomocy jako wymagających kierowania i wyłączenia podopiecznych, na rzecz respektowania ich osobowej autonomii. Oznacza to niekiedy trudną konieczność wysłuchiwania, uzgadniania, negocjowania spornych racji, a czasem bezpiecznego bilansowania ryzyka. Trzecim hasłem jest odpowiedzialność, to znaczy podjęcie przez społeczność zadania solidarnej pomocy osobom zagrożonym zdrowotnym kryzysem psychicznym lub doświadczającym go. Oznacza to zwłaszcza zmianę postaw – od wykluczających do włączających te osoby w życie wspólnoty, z niezbędnym do tego zasobem zrozumienia, życzliwości i kompetencji. Wreszcie czwarte hasło wskazuje na społeczność (wspólnota), ponieważ układem odniesienia dla organizowania ochrony zdrowia psychicznego jest lokalna społeczność, jej organizatorem jest samorząd lokalny, a beneficjentami są potrzebujący pomocy współobywatele (Załuska, 2015, str. 7).

Pierwsze lata XXI wieku przyniosły zmianę w postrzeganiu psychiatrii środowiskowej, którą uznano za jedyny właściwy kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej. Znajduje to potwierdzenie w wielu dokumentach, które wyznaczają pożądaną strategię ochrony zdrowia psychicznego na świecie i w Europie. Znaczenie zdrowia psychicznego ludności, konieczność przygotowania programu reform, a także nadanie stosownej rangi działaniom w tym zakresie znalazło odzwierciedlenie w wielu dokumentach rangi międzynarodowej. W styczniu 2005 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła – w obecności przedstawicieli Komisji Europejskiej i Rady Europy – „Deklarację o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy”. W tym samym roku Komisja Europejska ogłosiła „Zieloną Księgę” w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności, która proponuje strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej.

Przesunięcie ciężaru opieki w stronę modelu środowiskowego znajduje również wyraz w innych dokumentach, takich jak np. Raport WHO zatytułowany *Mental Health: New Understanding, New Hope, The Way Forward*, w którym zaleca się stały wysiłek w celu przeniesienia miejsca leczenia pacjentów ze szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki środowiskowej (Cianciara, 2018).

Głównym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie osobie z chorobą psychiczną funkcjonowanie w społeczeństwie, a więc możliwości uczenia się i pracowania.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Obecna sytuacja w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w populacji dzieci i młodzieży również wskazuje na konieczność zmiany modelu opieki, wdrożenia, koordynacji i określenia jakości tej opieki. Z uwagi na rosnące i zróżnicowane potrzeby zdrowotne w tym obszarze, wymagające zapewnienia dostępności do świadczeń z ww. zakresu świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży, jest konieczne wprowadzenie modelu opieki, który będzie odpowiadać na te zróżnicowane potrzeby. Zmiana polega na uproszczeniu i zwiększeniu dostępu do podstawowych świadczeń psychiatrycznych dla ww. grupy świadczeniobiorców oraz na wprowadzeniu standardu wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Działania te mają na celu zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej i zapewnienie blisko miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy właściwej opieki w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji oraz zapewnienie specjalistycznej opieki w ośrodkach przygotowanym do realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży wymagających długotrwałego i specjalistycznego leczenia.

Ciężkie zaburzenia psychiczne (ang. *severe mental disorders*, SMD) występują zdecydowanie rzadziej niż zaburzenia psychiczne o nasileniu łagodnym do umiarkowanego – blisko ¼ pacjentów cierpi na tzw. powszechne zaburzenia psychiczne (ang. *common mental disorders*, CMD). Systemy opieki psychiatrycznej są obecnie lepiej przygotowane do leczenia pacjentów z SMD, natomiast często nie są odpowiednio zorganizowane, zaopatrzone i finansowane, aby adresować potrzeby pacjentów z CMD. Konsekwencją takiej sytuacji jest nieefektywne wykorzystanie dostępnych zasobów oraz wysokie koszty pośrednie chorób psychicznych. Prawidłowa opieka w okresie dzieciństwa i młodości stanowi istotny czynnik decydujący o kondycji zdrowia i jakości życia w dalszych jego etapach. Przede wszystkim przyczynia się do zwiększenia populacji osób zdrowych i przez to obniża koszty leczenia. (Uzasadnienie projektu zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, 2019).

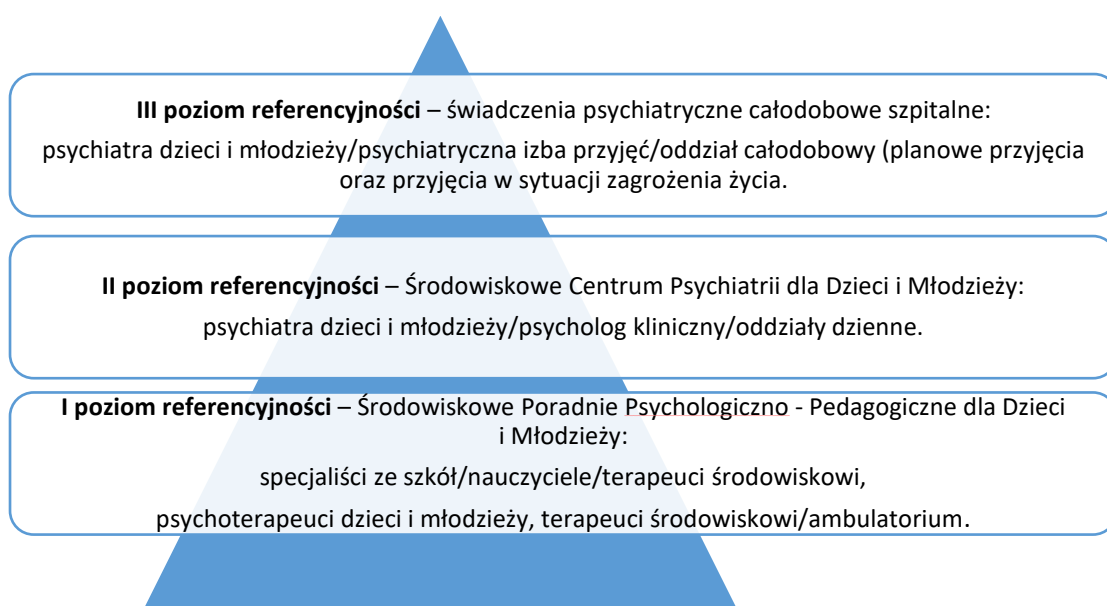
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży to opieka nie tylko w zakresie leczenia szpitalnego i w zakresie poradni zdrowia psychicznego. W opiekę i wsparcie dzieci i młodzieży zaangażowanych jest szereg podmiotów: system edukacji, nauczyciele, psychologowie i inni specjaliści pracujący w przedszkolach, szkołach i placówkach, w tym w poradniach psychologiczno-pedagogicznych; system wsparcia rodziny, ośrodki pomocy społecznej, pracownicy socjalni; sądy rodzinne i służba kuratorska. Mimo, że zadania poszczególnych instytucji w ramach pracy wielu resortów są określone w przepisach prawa, to w rzeczywistości często brak jest właściwej koordynacji i współdziałania umożliwiającego udzielenie adekwatnej pomocy potrzebującym dzieciom. Koncepcja nowego modelu opieki nad dziećmi i młodzieżą, mającego na celu zadbanie o ich zdrowie psychiczne, a także wczesne wychwycenie przypadków występowania zaburzeń psychicznych uwzględnia skoordynowane zadania instytucji już obecnie realizujących zadania w tym zakresie, ale działających w poszczególnych resortach. Podstawą planowanego modelu powinny być skoordynowane działania nauczycieli i specjalistów pracujących w szkołach oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych z działaniami specjalistów ochrony zdrowia. Docelowo zakłada się dookreślenie zadań i ról szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych w systemie oświaty oraz w systemie ochrony zdrowia w połączeniu ze stopniową zmianą systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego. Rozwiązanie takie będzie stanowić

przeciwieństwo obecnych rozwiązań, w których często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki.

W nowym modelu proponowane są następujące poziomy referencyjne opieki:

- 1) I poziom referencyjności – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży;
- 2) II poziom referencyjności – Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży;
- 3) III poziom referencyjności – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej.

Planuje się, aby nowy model opierał się na koordynacji działań pomiędzy podmiotami udzielającymi psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, działającymi w obszarze ochrony zdrowia, które współpracować będą z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, które posiadają ogromny potencjał we wczesnym reagowaniu na zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.



Rysunek 1. Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Ramowy harmonogram wprowadzania zmian obejmuje 3 etapy:

- Etap I – planowany na lata 2019/2021, obejmuje:
 - przygotowanie zmian legislacyjnych²,
 - obowiązywanie przejściowych zasad współpracy pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia a oświatowymi³,
 - zwiększanie poziomu finansowania systemu;
- Etap II – planowany na lata 2021/2023, obejmuje:
 - upowszechnianie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,
 - zwiększanie poziomu finansowania systemu,

² Wprowadzenie zmian w zapisach *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* oraz w celu umożliwienia tworzenia interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych zajmujących się problemami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, współpracujących na bazie/we współpracy z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz w *Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

³ W pierwszym etapie nie jest przewidywana konieczność zwiększania/zmian w poziomie/sposobie finansowania jednostek organizacyjnych systemu oświaty, niezbędne jest natomiast zwiększenie poziomu finansowania w zakresie systemu ochrony zdrowia – w szczególności zwiększenie liczby podmiotów funkcjonujących w trybie ambulatoryjnym i środowiskowym oraz upowszechnianie modelu opieki zorganizowanej w postaci poziomów referencyjnych.

- opracowanie docelowego modelu finansowania (MZ, MEN, powiaty);
- Etap III – planowany na wrzesień 2023 roku, obejmujący:
 - rozpoczęcie funkcjonowania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w całym kraju.

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia ochrony zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce jest *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2018 poz. 1878 z późn. zm.)*. Zgodnie z brzmieniem art. 2.1. ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

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

Zadania związane z promocją zdrowia i zapobieganiem zaburzeniom psychicznym są realizowane poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Prowadzenie tych działań należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin, a także zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w Programie. Jednostki samorządu terytorialnego są zobowiązane do zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego⁴, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym. Obecnie realizowany jest *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2020 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U 2017 poz. 458))*. Wśród celów szczegółowych Programu wymienia się m. in.: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, skoordynowanie dostępnych form opieki. Cele te mają być osiągnięte poprzez konkretne zadania wyznaczone dla

⁴ Podmioty lecznicze, które prowadzą centra zdrowia psychicznego zapewniają kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej. Szczegółowe warunki funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego określają zapisy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. 2018 poz. 852 z późn. zm.)*, a warunki zawierania umów zapisy *Zarządzenia nr 55/2018.DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wraz z zarządzeniami zmieniającymi (nr 59/2018.DSIZ oraz 112/2018.DSOZ)*. Zgodnie z treścią wskazanego *Rozporządzenia celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej*. Pilotażem są objęte świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z wyłączeniem świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych oraz świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia. Dla celów rozliczenia udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w centrum stosuje się zarówno ryczałt na populację (dla świadczeń udzielanych w ramach pilotażu świadczeniobiorcom powyżej 18 r.ż. zamieszkującym obszar działania centrum) oraz cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, osobodnia, zabiegu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie o realizację pilotażu świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę” dla osób zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum. Wysokość ryczałtu na populację w okresie rocznym stanowi iloczyn liczby osób powyżej 18 roku życia oraz stawki rocznej (min. 75 zł) na świadczeniobiorcę. Rozporządzenie określa również wskaźniki realizacji pilotażu. W załączniku nr 1 do *Rozporządzenia* zostało wskazanych 29 realizatorów pilotażu.

poszczególnych podmiotów realizujących. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej należy:

- do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia (poprzez monitorowanie postępów wdrażania przez NFZ psychiatrycznej środowiskowej opieki zdrowotnej, przygotowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego – standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego, wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci CZP, ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozważenie w porozumieniu z właściwymi władzami uczelni możliwości dostosowania programów kształcenia uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej; określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej; poinformowanie władz właściwych uczelni o konieczności wprowadzenia do programów kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy pediatrów zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej),
- Ministra Sprawiedliwości (poprzez zapewnienie osobom przebywającym w placówkach penitencjarnych wymiaru sprawiedliwości, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego),
- ministra właściwego do spraw wewnętrznych (poprzez opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznej placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej),
- Ministra Obrony Narodowej (poprzez opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej; wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej; monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego: weteranów działań poza granicami państwa i weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa),
- Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrycznej środowiskowej opieki zdrowotnej; dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; wprowadzenie finansowania świadczeń zdrowotnych CZP pozwalającego na objęcie kompleksową opieką pacjentów z obszaru jego działania; opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych według zryczałtowanej stawki na leczenie osoby/jednostki lub grupy jednostek diagnostycznych),
- samorządy województw (poprzez aktualizację 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; 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; 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),

- samorządy powiatów (poprzez 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 w powiecie lub gminie; utworzenie CZP zgodnie z zasadami organizacyjnymi zawartymi w rozdziale 4. Programu).

Cytowany powyżej dokument określa również strukturę organizacyjną Centrów Zdrowia Psychicznego, ale wyłącznie dla dorosłych. Mimo to, podkreśla się, że zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeżeli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (**wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP**).

W zakresie finansowania w NPOZP podkreśla się:

- w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od zasady finansowania pojedynczych usług i zasobów na rzecz bardziej kompleksowych sposobów finansowania,
- w zakresie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej – stopniowe odejście od płacenia za pojedyncze świadczenia na rzecz finansowania ryczałtowego za rozpoznanie i leczenie jednostki chorobowej,
- w zakresie świadczeń sądowo-psychiatrycznych i opiekuńczych – według kalkulacji osobodnia.

W *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* podkreśla się również, że działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Działania te obejmują m. in.:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;
- tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze.

Ochrona zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych wspierana jest m. in. poprzez działania poradni psychologiczno-pedagogicznych, których funkcjonowanie reguluje *Rozporządzenie Ministra Edukacji narodowej z dnia 1 lutego 2013 r.*

w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2013 poz 199, z późn. zm.). Poradnia realizuje zadania przy pomocy specjalistów: psychologów, pedagogów, logopedów i doradców zawodowych. Zadania poradni, w zależności od potrzeb, mogą być realizowane również przy pomocy innych specjalistów, w szczególności lekarzy, których udział jest niezbędny do efektywnego udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży, rodzicom i nauczycielom. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, która jest udzielana bezpośrednio dzieciom i młodzieży oraz rodzicom polega m. in. na prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin w formie:

- indywidualnych lub grupowych zajęć terapeutycznych dla dzieci i młodzieży,
- terapii rodziny,
- grup wsparcia,
- prowadzeniu mediacji,
- interwencji kryzysowej,
- warsztatów,
- porad i konsultacji,
- wykładów i prelekcji,
- działalności informacyjno-szkoleniowej.

Zgodnie z art. 5. *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

W trakcie rozpoczęcia prac nad wyceną przedmiotowych świadczeń obowiązywało *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. 2013 poz. 1386 z późn. zm.), które zostało uchylone 26.07.2019 r. Obecnie szczegółowy wykaz oraz warunki udzielania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. 2019 poz. 1285), które wprowadziło zmiany dotyczące warunków udzielania świadczeń. Główne zmiany dotyczą warunków udzielania świadczeń odnoszących się do personelu i obejmują m. in. doszczegółowienie wymagań względem zatrudnienia personelu pielęgniarzkiego, czy też dostosowanie zapisów związanych z nazwami personelu medycznego, który może udzielać poszczególnych świadczeń. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży z podkreśleniem zaistniałych zmian przedstawiono w załącznikach nr 1–7 do niniejszego opracowania.

Zgodnie z treścią rozporządzenia świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

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

- leczenia uzależnień.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych obejmują:

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

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach dziennych obejmują:

- świadczenia terapeutyczne,
- programy terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- leki,
- wyżywienie,
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych obejmują:

- świadczenia terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- leki niezbędne w stanach nagłych,
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Poniżej zamieszczono wykaz świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży realizowanych:

- w warunkach psychiatrycznych:
 - świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia,
 - leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży obejmujące diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania,
 - świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich obejmując diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek leczniczy, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 82 § 1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz. U. z 2018 r. nr 33, poz. 969)⁵,
 - świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach,

⁵ Zgodnie z zapisami artykułu 82 § 1 Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w szczególności wskazując organ odpowiedzialny za kierowanie nieletnich do odpowiednich zakładów, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia sprawności postępowania, bezpieczeństwa tych placówek, właściwych warunków pobytu nieletnich i przestrzegania ich praw.

- świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach,
- świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania posiadającym 1-3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego (hostel), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców nie wymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych,
- świadczenia w opiece rodzinnej domowej lub rodzinnej jako długotrwały program rehabilitacyjny dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, oraz ze znacznym stopniem nieprzystosowania, polegający na ich umieszczeniu w warunkach domowych po opieką wybranych rodzin i pod nadzorem szpitala,
- leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych,
- w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień:
 - świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek leczniczy, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 82 § 1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r. nr 33, poz. 178, z późn. zm.)*,
 - w kontekście działań edukacyjno-konsultacyjnych dla rodzin osób uzależnionych:
 - leczenie uzależnień obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
 - świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
 - świadczenia terapii dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza) obejmujące diagnostykę, leczenie, wczesną rehabilitację i psychoedukację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
 - krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
 - świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza) obejmujące diagnostykę, leczenie,

- wczesną rehabilitację i psychoedukację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
- świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
- świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza) obejmujące rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi z powodu znacznych i utrwalonych zaburzeń funkcjonowania oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
- świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek leczniczy, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 82 § 1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich*,
- świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
- w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć:
 - świadczenia w izbie przyjęć udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie – świadczenia obejmują, w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne świadczeniobiorców oraz zapewnienie transportu, w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego,
- w warunkach dziennych psychiatrycznych:
 - świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację dzieci i młodzieży do 18 roku życia z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego – wskazany jest podział oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży na pododdział dla dzieci do 13 roku życia i pododdział młodzieżowy (w ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi),
 - świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, również ze współistniejącymi schorzeniami, w szczególności epilepsją, wadami wzroku, słuchu, upośledzeniem umysłowym, mózgowym porażeniem dziecięcym – w ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin z zaburzeniami psychicznymi,
- w warunkach dziennych leczenia uzależnień:
 - świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych, a także

- osób ryzykownie pijących, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych,
- świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i współuzależnionych, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych – w ramach oddziału dziennego terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych może być realizowany program leczenia substytucyjnego,
- świadczenia dzienne leczenia uzależnień obejmujących diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych i współuzależnionych, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych – w ramach oddziału dziennego leczenia uzależnień może być realizowany program leczenia substytucyjnego,
- w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego):
 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży – porady wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, programy:
 - porada lekarska diagnostyczna,
 - porada lekarska terapeutyczna,
 - porada lekarska kontrolna,
 - porada psychologiczna diagnostyczna,
 - porada psychologiczna,
 - porada kompleksowo-konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym,
 - sesja psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja wsparcia psychospołecznego,
 - wizyta, porada domowa lub środowiskowa,
 - program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym,
 - świadczenia psychologiczne – porady lub sesje psychoterapii:
 - porada psychologiczna diagnostyczna,
 - porada psychologiczna,
 - sesje psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja wsparcia psychospołecznego,
 - leczenie nerwic – w kontekście wsparcia członków rodziny:
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja wsparcia psychospołecznego,
 - świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju:
 - porada lekarska diagnostyczna,
 - porada kompleksowo-konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym,
 - program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym,
 - leczenie środowiskowe (domowe):
 - porada lekarska diagnostyczna,

- porada lekarska terapeutyczna,
- porada lekarska kontrolna,
- porada psychologiczna diagnostyczna,
- porada psychologiczna,
- wizyta, porada domowa lub środowiskowa,
- wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową,
- sesja psychoterapii indywidualnej,
- sesja psychoterapii rodzinnej,
- sesja psychoterapii grupowej,
- sesja wsparcia psychospołecznego,
- w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień:
 - świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży – udzielane przez porady, wizyty, sesje psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień:
 - porada lub wizyta diagnostyczna,
 - porada lub wizyta terapeutyczna,
 - porada lub wizyta lekarska,
 - wizyta instruktora terapii uzależnień,
 - sesja psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja psychoedukacyjna,
 - w odniesieniu do osób współuzależnionych:
 - leczenie uzależnień – świadczenia udzielane przez porady, wizyty, sesje psychoterapii, programy, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień oraz leczenia substytucyjnego:
 - porada lub wizyta diagnostyczna,
 - porada lub wizyta terapeutyczna,
 - porada lub wizyta lekarska,
 - wizyta instruktora terapii uzależnień,
 - sesja psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja psychoedukacyjna,
 - świadczenia antynikotynowe – udzielane poprzez porady, wizyty, sesje psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień:
 - porada lub wizyta diagnostyczna,
 - porada lub wizyta terapeutyczna,
 - porada lub wizyta lekarska,
 - wizyta instruktora terapii uzależnień,
 - sesja psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja psychoedukacyjna,

- świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia – udzielane przez porady, wizyty lub sesje psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień:
 - porada lub wizyta diagnostyczna,
 - porada lub wizyta terapeutyczna,
 - porada lub wizyta lekarska,
 - sesja psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja psychoedukacyjna,
- świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – udzielane przez porady, wizyty, sesje psychoterapii lub programy:
 - porada lub wizyta diagnostyczna,
 - porada lub wizyta terapeutyczna,
 - porada lub wizyta lekarska,
 - wizyta instruktora terapii uzależnień,
 - sesja psychoterapii indywidualnej,
 - sesja psychoterapii rodzinnej,
 - sesja psychoterapii grupowej,
 - sesja psychoedukacyjna.

Wartość oraz zasady finansowania świadczeń wymienionych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* określa Zarządzenie nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz zarządzenie zmieniające (Zarządzenie nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień). W Zarządzeniu zidentyfikowano 87 produktów rozliczeniowych służących rozliczaniu świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży (z wyłączeniem świadczeń stacjonarnych leczenia uzależnień, które swoim zakresem obejmują działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych). Szczegółowe dane zamieszczono w załączniku nr 8 do niniejszego opracowania.

14.08.2019 r. zostało podpisane *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 14 sierpnia 2019r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*. Zarządzenie to wprowadza w życie nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, co jest podyktowane wzrastającymi i zróżnicowanymi potrzebami zdrowotnymi tej populacji. Zmiany są wprowadzane poprzez dodanie nowego załącznika oraz wyodrębnienie warunków realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży na trzech poziomach referencyjnych, a polegają na uproszczeniu i zwiększeniu dostępu do podstawowych świadczeń psychiatrycznych dla ww. grupy świadczeniobiorców oraz na wprowadzeniu standardu wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Działania te mają na celu zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej blisko miejsca zamieszkania (lub pobytu), zapewnienie właściwej opieki w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji oraz zapewnienie specjalistycznej opieki w ośrodkach

przygotowanych do realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży wymagających długotrwałego i specjalistycznego leczenia.

Koncepcja nowego modelu opieki nad dziećmi i młodzieżą, mającego na celu zadbanie o ich zdrowie psychiczne, a także wczesne wychwycenie przypadków występowania zaburzeń psychicznych uwzględnia skoordynowane zadania instytucji już obecnie realizujących zadania w tym zakresie, ale działających w poszczególnych resortach. Podstawą planowanego modelu powinny być skoordynowane działania nauczycieli i specjalistów pracujących w szkołach oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych, posiadających ogromny potencjał we wczesnym reagowaniu na zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, z działaniami specjalistów ochrony zdrowia. Rozwiązanie takie będzie stanowiło przeciwieństwo obecnych rozwiązań, w których często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki. Współpraca pomiędzy jednostkami systemu ochrony zdrowia oraz z jednostkami organizacyjnymi systemu oświaty i pomocy społecznej będzie ułatwiana przez:

- konsylium – spotkanie specjalistów w celu uzgodnienia lub uszczegółowienia diagnozy lub dalszego leczenia dziecka lub rodziny; w spotkaniu może uczestniczyć personel ośrodka lub zewnątrzni specjaliści/lekarze, spotkanie może odbyć się w siedzibie świadczeniodawcy, poza nim lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych;
- sesje koordynacji – spotkanie pracowników/specjalistów zatrudnionych u świadczeniodawcy z pracownikami oraz specjalistami z innych podmiotów, w tym spoza sektora ochrony zdrowia. Celem spotkania jest uzgodnienie warunków współpracy, zasad i procedur koordynacji lub dot. koordynacji wsparcia dla rodziny lub dziecka – świadczeniobiorcy – które przebywa w podmiotach lub pozostaje pod ich czasową lub całodobową opieką oraz otrzymuje lub może otrzymać w nich wsparcie. Spotkanie może odbyć się w siedzibie świadczeniodawcy, poza nim lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

W rozporządzeniu wskazano, iż warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia, mają zastosowanie dla umów zawartych w wyniku postępowań wszczętych po wejściu w życie niniejszego rozporządzenia. Jednocześnie proponuje się, żeby dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawili propozycję nowych warunków umów świadczeniodawcom posiadającym umowy o udzielanie zbliżonych merytorycznie świadczeń opieki zdrowotnej (poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne oraz oddziały stacjonarne) – z nowymi warunkami dotyczącymi personelu, zakresu i organizacji świadczeń a także wyceną. W przypadku braku możliwości ich spełnienia świadczenia realizowane byłyby na dotychczasowych zasadach. Ze względu na strukturę kadry zatrudnionej na poszczególnych poziomach referencyjnych przewiduje się, że podmioty realizujące psychiatryczne świadczenia ambulatoryjne będą miały możliwość przekształcenia się w II poziom, a podmioty realizujące świadczenia całodobowe – w III.

Szczegółowe warunki dotyczące udzielania świadczeń przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 2 Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny	
Wymagania formalne	Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży w ramach pierwszego poziomu referencyjnego
Personel	<p>Świadczeniodawca spełnia wymagania określone w załączniku nr 6 odpowiednio dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego w zakresie I poziomu referencyjnego, przy czym w skład zespołu terapeutycznego wchodzi co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) psycholog posiadający doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej 1 etatu; 2) specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 786), lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów; 3) terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, o którym mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2018 r. poz. 2153, z późn. zm.), lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży lub osoba z udokumentowanym doświadczeniem pracy środowiskowej z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej 1 etatu.
Zakres udzielanych świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porada psychologiczna diagnostyczna. 2. Porada psychologiczna. 3. Sesja psychoterapii indywidualnej. 4. Sesja psychoterapii rodzinnej. 5. Sesja psychoterapii grupowej. 6. Sesja wsparcia psychospołecznego. 7. Wizyta, porada domowa lub środowiskowa miejscowa lub zamiejscowa, realizowana w ramach poradni psychologicznej przez osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w ramach I poziomu referencyjnego
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przyjęcie świadczeniobiorcy w celu realizacji świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza porada lub wizyta następuje w okresie do 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia do świadczeniodawcy, z wyłączeniem sytuacji niezależnych od świadczeniodawcy; 2) rozpoznanie Z03 lub Z03 z rozszerzeniami stosuje się do rozpoznań wstępnych, które można wykluczyć po przeprowadzeniu badań i nie stanowi to podstawy do zakończenia diagnostyki lub leczenia. 2. Świadczeniodawca udziela świadczeń ambulatoryjnych lub środowiskowych następującej grupie świadczeniobiorców: dzieci poniżej 7 roku życia, dzieci i młodzież objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształtujący się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, jednak nie później niż do ukończenia 21 roku życia, a także ich rodziny lub opiekunowie prawni. 3. Świadczeniodawca w uzasadnionych przypadkach udziela konsultacji edukacyjno-profilaktycznych – indywidualnych lub grupowych dla rodzin, opiekunów prawnych, rówieśników lub innych osób stanowiących wsparcie społeczne świadczeniobiorcy. 4. Świadczeniodawca w uzasadnionych przypadkach może udzielić konsultacji edukacyjno-profilaktycznych osobom, o których mowa w ust. 3, bez obecności świadczeniobiorcy. 5. Świadczeniodawca udziela świadczeń pięć dni w tygodniu, w tym minimum jeden raz w tygodniu od godziny 8.00 do godziny 16.00 oraz dwa razy w tygodniu od godziny 11.00 do godziny 20.00. 6. Świadczeniodawca może realizować świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. 7. Świadczeniodawca realizuje co najmniej raz w miesiącu konsylia lub sesje koordynacji udzielanych świadczeń z innymi świadczeniodawcami lub instytucjami lub podmiotami udzielającymi wsparcia dla świadczeniobiorców pozostających pod opieką tego świadczeniodawcy, w tym pomiędzy poziomami referencyjnymi (po uzyskaniu

	<p>zgody rodziców lub opiekunów prawnych świadczeniobiorców albo pełnoletniego świadczeniobiorcy). Konsylia lub sesje mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Konsylia są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>8. Świadczeniodawca współpracuje ze świadczeniodawcami z tego samego lub innego poziomu referencyjnego w ramach koordynacji udzielanych świadczeń lub kontynuacji leczenia. Świadczeniodawca w okresie do 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego z Funduszem, opracowuje, wdraża i stosuje procedurę współpracy z innymi świadczeniodawcami.</p> <p>9. Świadczeniodawca koordynuje spotkania koordynacyjne z innymi świadczeniodawcami (konsylium).</p> <p>10. Świadczeniodawca, po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych świadczeniobiorcy albo pełnoletniego świadczeniobiorcy, koordynuje udzielane świadczenia z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną, osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty lub pomocy społecznej oraz asystentami i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej. Koordynacja w tym zakresie może być prowadzona z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Czynnności te oraz uzyskane informacje są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>Świadczeniodawca zapewnia superwizję dla osób udzielających świadczeń psychoterapeutycznych.</p>
Pozostałe wymagania	<p>1. Wizyty, porady domowe lub środowiskowe powinny stanowić co najmniej 15% świadczeń.</p> <p>2. Świadczeniodawca nie później niż w terminie 21 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, celem publikacji, informację o następujących wskaźnikach realizacji umowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) liczba świadczeniobiorców objętych opieką (ustalana według numeru PESEL); 2) liczba jednostek organizacyjnych systemu oświaty, pomocy społecznej oraz z innych sektorów z którymi podjęto współpracę lub jest prowadzona współpraca; 3) liczba świadczeniobiorców których nie objęto opieką po pierwszej wizycie; 4) liczba porad udzielonych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny	
Wymagania formalne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w ramach II poziomu referencyjnego. 2. Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży w ramach II poziomu referencyjnego (co najmniej 15 miejsc). 3. Zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci i młodzieży w ramach II poziomu referencyjnego.
Personel	<p>Świadczeniodawca spełnia wymagania określone w załączniku nr 1, 4 i 6 odpowiednio dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego w zakresie II poziomu referencyjnego, przy czym w skład zespołu terapeutycznego wchodzi co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) psycholog – równoważnik co najmniej 1 etatu; 2) specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów; 3) terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, o którym mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży lub osoba z udokumentowanym doświadczeniem pracy środowiskowej z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej 1 etatu; 4) terapeuta zajęciowy, pedagog, logopeda, neurologopeda, dietetyk lub fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu łącznie; 5) specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej, psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu; 6) pielęgniarka – równoważnik co najmniej 1 etatu; <p>1. lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarz specjalista psychiatrii, lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik co najmniej 1 etatu.</p>

Zakres udzielanych świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne udzielane w oddziale dziennym. Porada lekarska diagnostyczna. Porada lekarska terapeutyczna. Porada lekarska kontrolna. Porada psychologiczna diagnostyczna. Porada psychologiczna. Sesja psychoterapii indywidualnej. Sesja psychoterapii rodzinnej. Sesja psychoterapii grupowej. Sesja wsparcia psychospołecznego. Wizyta, porada domowa lub środowiskowa miejscowa lub zamiejscowa.
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> Przyjęcie świadczeniobiorcy w celu realizacji świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży świadczeniobiorca zgłasza się bez skierowania. Pierwsza porada lub wizyta następuje w okresie do 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia do świadczeniodawcy, z wyłączeniem sytuacji niezależnych od świadczeniodawcy; do zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci i młodzieży świadczeniobiorca zgłasza się ze skierowaniem wystawionym w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, oddziale dziennym lub w oddziale stacjonarnym; do oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży świadczeniobiorca zgłasza się ze skierowaniem wystawionym przez lekarza poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży lub przez lekarza szpitalnego oddziału psychiatrycznego. Rozpoznanie Z03 lub Z03 z rozszerzeniami stosuje się do rozpoznaw wstępnych, które można wykluczyć po przeprowadzeniu badań i nie stanowi to podstawy do zakończenia diagnostyki lub leczenia. Świadczeniodawca udziela świadczeń następującej grupie świadczeniobiorców: dzieci poniżej 7 roku życia, dzieci i młodzież objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcący się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, jednak nie później niż do ukończenia 21 roku życia z zaburzeniami psychicznymi określonymi rozpoznanymi chorobami wg ICD-10 F.00-F99, z wyłączeniem ostrych zatruc F.10.0. Świadczeniodawca w uzasadnionych przypadkach udziela konsultacji edukacyjno-profilaktycznych – indywidualnych lub grupowych dla rodzin, opiekunów prawnych, rówieśników lub innych osób stanowiących wsparcie społeczne świadczeniobiorcy. Świadczeniodawca w uzasadnionych przypadkach może udzielić konsultacji edukacyjno-profilaktycznych osobom, o których mowa w ust. 4, bez obecności świadczeniobiorcy. Świadczeniodawca udziela świadczenia w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży w dwóch wariantach <ol style="list-style-type: none"> co najmniej 4 dni w tygodniu przez co najmniej 4 godziny dziennie w godzinach popołudniowych, bez konieczności realizacji obowiązku szkolnego na oddziale lub co najmniej 4 dni w tygodniu powyżej 4 godzin dziennie z realizacją obowiązku szkolnego na oddziale minimum w ramach szkoły podstawowej w czasie roku szkolnego. Świadczeniodawca udziela świadczeń w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży przez co najmniej 4 dni w tygodniu, co najmniej 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz między godziną 8.00 a 15.00 i co najmniej dwa razy między godziną 15.00 a 20.00. Świadczeniodawca udziela świadczeń realizowanych przez zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży co najmniej 3 razy w tygodniu, co najmniej 4 godziny dziennie. Świadczenia są udzielane poza siedzibą świadczeniodawcy, w środowisku pacjenta. Świadczeniodawca współpracuje z innymi podmiotami referencyjnymi w systemie ochrony zdrowia w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży w ramach koordynacji udzielanych świadczeń lub kontynuacji leczenia. Świadczeniodawca po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych świadczeniobiorcy albo pełnoletniego świadczeniobiorcy bierze udział w spotkaniach koordynacyjnych z innymi podmiotami udzielającymi wsparcia dla dzieci i młodzieży w szczególności z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną oraz osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty lub pomocy społecznej (konsylium). Świadczeniodawca może realizować świadczenia oraz współpracować z innymi podmiotami wykorzystując w tym celu systemy teleinformatyczne.

	<p>12. Świadczeniodawca realizuje co najmniej raz w miesiącu konsylia lub sesje koordynacji udzielanych świadczeń z innymi świadczeniodawcami lub instytucjami lub podmiotami udzielającymi wsparcia dla świadczeniobiorców pozostających pod opieką tego świadczeniodawcy, w tym pomiędzy poziomami referencyjnymi. Konsylia lub sesje mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Konsylia są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>13. Świadczeniodawca współpracuje ze świadczeniodawcami z tego samego lub innego poziomu referencyjnego w ramach koordynacji udzielanych świadczeń lub kontynuacji leczenia. Świadczeniodawca w okresie do 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego z Funduszem opracowuje, wdraża i stosuje procedurę współpracy z innymi świadczeniodawcami.</p> <p>14. Świadczeniodawca przedstawia świadczeniobiorcy w sposób przystępny i zrozumiały informacje o zalecanym dalszym postępowaniu. Zalecenia są formułowane w sposób pisemny.</p> <p>15. Świadczeniodawca opracowuje, wdraża i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach II poziomu referencyjnego z Funduszem. Świadczeniodawca na swojej stronie internetowej zapewnia aktualną informację.</p> <p>16. Świadczeniodawca, biorąc pod uwagę potrzeby świadczeniobiorców może zorganizować oddział dzienny rehabilitacyjny dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju lub hostel.</p> <p>1. Świadczeniodawca zapewnia superwizję dla osób udzielających świadczeń psychoterapeutycznych.</p>
Pozostałe wymagania	<p>1. Wizyty domowe lub środowiskowe powinny stanowić co najmniej 15% świadczeń udzielanych w roku kalendarzowym. Do łącznej liczby świadczeń nie wlicza się świadczeń udzielonych w ramach oddziału dziennego.</p> <p>2. Świadczeniodawca nie później niż 21 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, celem publikacji, informację o następujących wskaźnikach realizacji umowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) liczba świadczeniobiorców objętych opieką (ustalaną według numeru PESEL); 2) liczba jednostek organizacyjnych systemu oświaty, pomocy społecznej oraz z innych sektorów, z którymi podjęto współpracę lub jest prowadzona współpraca; 3) liczba świadczeniobiorców których nie objęto opieką po pierwszej wizycie; 4) liczba porad udzielonych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych; 5) liczba świadczeniobiorców skierowanych do świadczeniodawcy w ramach I poziomu referencyjnego; 6) liczba świadczeniobiorców skierowanych do świadczeniodawcy w ramach III poziomu referencyjnego.
Ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny	
Wymagania formalne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego. 2. Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego (co najmniej 15 miejsc). 3. Izba przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy, a w szpitalu ogólnym osobny dział przyjęć, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.). 4. Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego.
Personel	<p>Świadczeniodawca spełnia wymagania określone w załączniku nr 1, 3, 4 i 6 odpowiednio dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego w zakresie III poziomu referencyjnego, przy czym w skład zespołu terapeutycznego wchodzi co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. psycholog – równoważnik co najmniej 1 etatu; 2. specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty - równoważnik co najmniej 2 etatów; 3. terapeuta zajęciowy, pedagog, logopeda, neurologopeda, dietetyk lub fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu; 4. specjalista psychologii klinicznej, psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu; 5. pielęgniarki; 6. lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik co najmniej 1,5 etatu;

	7. lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista psychiatrii, lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu.
Zakres udzielanych świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Całodobowe konsultacje lekarskie w stanach nagłych, w tym kwalifikacja lub dyskwalifikacja do hospitalizacji psychiatrycznej. 2. Świadczenia w izbie przyjęć. 3. Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. 4. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży. 5. Porada lekarska diagnostyczna. 6. Porada lekarska terapeutyczna. 7. Porada lekarska kontrolna. 8. Porada psychologiczna diagnostyczna. 9. Porada psychologiczna. 10. Sesja psychoterapii indywidualnej. 11. Sesja psychoterapii rodzinnej. 12. Sesja psychoterapii grupowej. 13. Sesja wsparcia psychospołecznego. 14. W uzasadnionych przypadkach świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym specjalistyczne programy diagnostyczno-terapeutyczne dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem autyzmu (F.84).
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. Świadczeniodawca zapewnia całodobową opiekę lekarza dyżurującego w oddziale. 2. Świadczeniodawca zapewnia dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych, lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, gastroenterologa oraz endokrynologa. 3. Do oddziału szpitalnego świadczeniobiorca zgłasza się ze skierowaniem wystawionym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarza specjalistę I stopnia lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub w dziedzinie psychiatrii oraz zgodnie z przepisami art. 22-24 i art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, z późn. zm.). 4. Do oddziału całodobowego pacjent może być przyjęty w trybie nagłym z izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego. 5. Świadczeniodawca udziela świadczeń całodobowych przez 7 dni w tygodniu: dzieciom poniżej 7 roku życia, dzieciom i młodzieży objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącym się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, jednak nie później niż do ukończenia 21 roku życia, z zaburzeniami psychicznymi określonymi rozpoznanymi chorobami wg ICD-10 F.00-F99 z wyłączeniem ostrych zatruc F.10.0. 6. Świadczeniodawca udziela świadczeń ambulatoryjnie w przyszpitalnej poradni zdrowia psychicznego oraz na oddziale dziennym dzieciom i młodzieży objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącym się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, jednak nie później niż do ukończenia 21 roku życia z zaburzeniami psychicznymi określonymi rozpoznanymi chorobami wg ICD-10 F.00-F99 z wyłączeniem ostrych zatruc F.10.0. 7. Świadczeniodawca w uzasadnionych przypadkach udziela konsultacji edukacyjno-profilaktycznych - indywidualnych lub grupowych dla rodzin, opiekunów prawnych, rówieśników lub innych osób stanowiących wsparcie społeczne świadczeniobiorcy. 8. Świadczeniodawca w uzasadnionych przypadkach może udzielić konsultacji edukacyjno-profilaktycznych osobom, o których mowa w ust. 7, bez obecności świadczeniobiorcy. 9. Świadczeniodawca współpracuje z innymi podmiotami referencyjnymi w systemie ochrony zdrowia w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży w ramach koordynacji udzielanych świadczeń lub kontynuacji leczenia. 10. Świadczeniodawca bierze udział w spotkaniach koordynacyjnych z innymi podmiotami udzielającymi wsparcia dla dzieci i młodzieży (konsylium). 11. Świadczeniodawca może realizować świadczenia oraz współpracować z innymi podmiotami wykorzystując w tym celu systemy teleinformatyczne.

	<p>12. Świadczeniodawca realizuje co najmniej raz w miesiącu konsylia lub sesje koordynacji udzielanych świadczeń z innymi świadczeniodawcami lub instytucjami lub podmiotami udzielającymi wsparcia dla świadczeniobiorców pozostających pod opieką tego świadczeniodawcy, w tym pomiędzy poziomami referencyjnymi. Konsylia lub sesje mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Konsylia są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>13. Świadczeniodawca w okresie do 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach III poziomu referencyjnego z Funduszem opracowuje i wdraża udokumentowaną procedurę współpracy z innymi świadczeniodawcami.</p> <p>14. Świadczeniodawca przedstawia świadczeniobiorcom w sposób przystępny i zrozumiały informacje o zalecanym dalszym postępowaniu. Zalecenia są formułowane w sposób pisemny.</p> <p>15. Świadczeniodawca opracowuje, wdraża i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach III poziomu referencyjnego z Funduszem.</p> <p>16. Świadczeniodawca, biorąc pod uwagę potrzeby świadczeniobiorców może zorganizować oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, oddział dzienny rehabilitacyjny dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, hostel lub zespół leczenia środowiskowego.</p> <p>17. Świadczeniodawca zapewnia superwizję dla osób udzielających świadczeń psychoterapeutycznych.</p>
Pozostałe wymagania	<p>1. Świadczeniodawca realizuje opiekę w sposób kompleksowy.</p> <p>2. Świadczeniodawca nie później niż 21 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, celem publikacji, informację o następujących wskaźnikach realizacji umowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) liczba świadczeniobiorców objętych opieką (ustalaną według numeru PESEL); 2) liczba porad udzielonych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych; 3) liczba świadczeniobiorców skierowanych do świadczeniodawcy w ramach I poziomu referencyjnego; 4) liczba świadczeniobiorców skierowanych do świadczeniodawcy w ramach II poziomu referencyjnego; 5) liczba świadczeniobiorców przesłanych z I i II poziomu referencyjnego. <p>3. Na podstawie informacji na podstawie wskaźników z I i II poziomu referencyjnego oraz na podstawie informacji o umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na terenie województwa świadczeniodawca przygotowuje analizę zawierającą ocenę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w aspekcie terytorialnym wraz z rekomendacjami. Informacja jest przygotowywana raz do roku i jest przygotowywana do końca marca roku następującego po roku realizacji świadczeń. Świadczeniodawca przekazuje analizę oddziałowi Funduszu nie później niż do 30 kwietnia roku, w którym została sporządzona.</p> <p>4. Świadczeniodawca posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji mających zastosowanie w ochronie zdrowia.</p> <p>5. Świadczeniodawca współpracuje z ośrodkami interwencji kryzysowej oraz wydziałami rodzinnymi i nieletnich sądów rejonowych.</p>

2.3. Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka powinna identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania wyceną).

Przez popyt na świadczenia rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także z wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Informatorze o Terminach Leczenia”. Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

Dodatkowym źródłem informacji o dostępności do świadczeń medycznych było zestawienie tworzone cyklicznie raz na cztery miesiące przez Fundację Watch Health Care. Publikowane dane dotyczą 43 dziedzin medycyny, w obrębie których wyszczególniono wybrane świadczenia, które w opinii autorów są ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz potencjalnych świadczeniodawców, a także kadry medycznej określonych specjalności. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, czy dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

Wysokość środków finansowych przeznaczanych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2015–2017 pozostaje na podobnym poziomie i wyniosła:

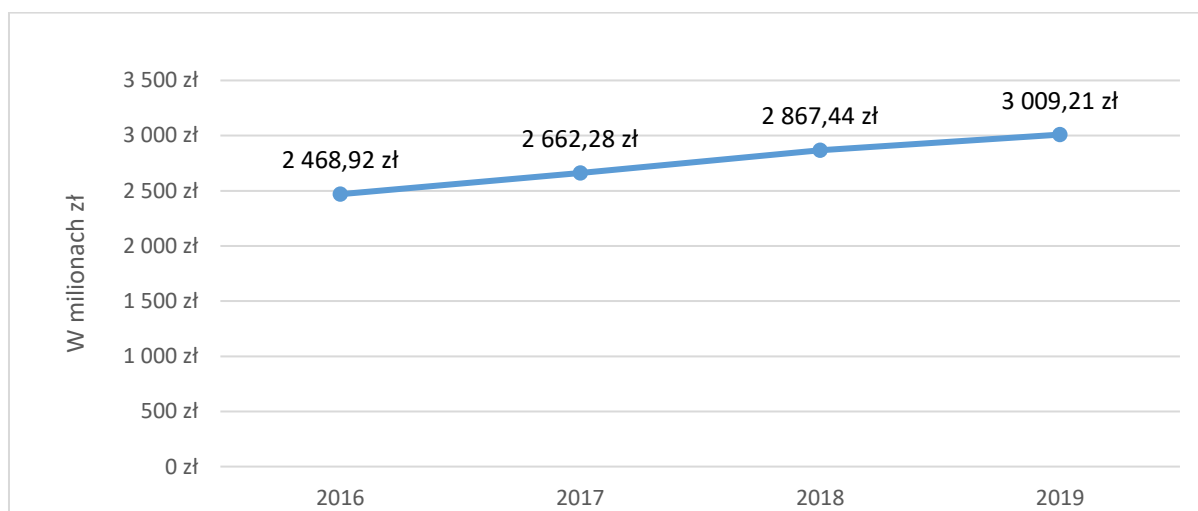
- w 2015 – 1 687 770 pacjentów,
- w roku 2016 – 1 688 437 pacjentów,
- a w 2017 roku – 1 680 321 pacjentów.

Tabela 3 Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2015–2017

2015			2016			2017		
Liczba pacjentów	Liczba świadczeń: warunki ambulatoryjne	Liczba świadczeń: warunki stacjonarne	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń: warunki ambulatoryjne	Liczba świadczeń: warunki stacjonarne	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń: warunki ambulatoryjne	Liczba świadczeń: warunki stacjonarne
1 687 770	11 840 276	11 442 542	1 688 437	12 029 945	11 428 669	1 680 321	11 848 555	11 499 925

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2018)

Od kilku lat następuje jednak stopniowy wzrost poziomu finansowania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W roku 2016 Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na ten cel 2 451 507 820 zł, a w roku 2017 o 7,83 % więcej, czyli – 2 662 276 550 zł. W 2018 roku nastąpił wzrost wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień o kolejne 7,71 %, co dało kwotę 2 867 443 000 zł. Dynamika wzrostu poziomu finansowania obniżyła się w 2019 roku. Według planu finansowego NFZ na 2019 rok planuje przeznaczyć na ten cel 3 009 210 000 zł, co daje wzrost w stosunku do roku poprzedniego tylko o 4,94 % i o 21,9 % w porównaniu z rokiem 2016 (porównaj poniższy wykres).



Rysunek 2. Wydatki na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień na przestrzeni lat 2016–2019 (w tysiącach zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Plan finansowy NFZ na 2018 rok⁶, Plan finansowy NFZ na 2019 rok⁷, (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2018)

Statystyki z realizacji świadczenia

W 2018 roku działało 327 świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. W tym samym okresie w tych zakresach sprawozdano 769 551 świadczeń o łącznej wartości 171 972 042 zł. Szczegółowe dane przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 4 Realizacja świadczeń dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na 2018 roku

OW NFZ	L. placówek udzielających świadczeń	L. udzielonych świadczeń	Wartość udzielonych świadczeń
01	26	104 624	24 536 409 zł
02	26	54 346	13 530 008 zł
03	39	32 522	7 194 474 zł
04	10	14 088	8 589 230 zł
05	21	40 479	13 292 802 zł
06	43	74 497	11 706 326 zł
07	48	138 268	29 356 890 zł
08	6	9 420	2 456 571 zł
09	13	26 623	6 388 427 zł
10	10	21 861	2 444 310 zł
11	16	55 020	10 764 013 zł
12	21	85 976	17 343 737 zł
13	12	13 494	2 870 275 zł

⁶ <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, data dostępu: 2.07.2019 r.

⁷ <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, data dostępu: 2.07.2019 r.

OW NFZ	L. placówek udzielających świadczeń	L. udzielonych świadczeń	Wartość udzielonych świadczeń
14	7	18 310	4 985 334 zł
15	22	60 346	11 520 780 zł
16	6	19 678	4 992 456 zł
łącznie	327	769 552	171 972 042 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za 2018 rok.

Najwięcej placówek udzielających świadczeń dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w 2018 roku było w województwie: mazowieckim – 48 placówek, małopolskim – 43 placówek, 39 placówek w województwie lubuskim (powyższa tabela).

Najwięcej placówek udziela świadczeń z zakresu *świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży* (166 placówki), następnie *świadczeń psychologicznych* (127 placówek) oraz *świadczeń w izbie przyjęć* (49 placówek). Tylko jedna placówka udziela *świadczeń w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej* (poniższa tabela).

Tabela 5 Liczba placówek wraz liczbą i wartością świadczeń udzielonych w zakresach związanych z zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w 2018 r.

Świadczenia udzielane w ramach poszczególnych zakresów	L. placówek udzielających świadczeń	L. udzielonych świadczeń	Wartość udzielonych świadczeń
świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	166	510 715	46 551 251 zł
5.15.12.0000131 sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	60	6 888	367 145 zł
5.15.12.0000132 sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	11	2 812	114 367 zł
5.15.12.0000134 sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	9	18	351 zł
5.15.12.0000135 wizyta / porada domowa/ środowiskowa	24	668	95 147 zł
5.15.12.0000136 porada lekarska diagnostyczna	166	73 080	9 082 746 zł
5.15.12.0000137 porada lekarska terapeutyczna	162	129 335	8 004 452 zł
5.15.12.0000138 porada kontrolna	135	21 987	692 190 zł
5.15.12.0000139 porada psychologiczna diagnostyczna	148	42 737	5 242 678 zł
5.15.12.0000260 porada psychologiczna	150	114 275	9 302 208 zł
5.15.12.0000265 sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	109	29 955	4 329 972 zł
5.15.12.0000266 sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	121	70 509	7 313 665 zł
5.15.12.0000311 turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (amb.)	2	2	57 zł
5.15.22.0000011 porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym *	25	2 296	252 002 zł
5.15.22.0000012 program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym *	24	16 153	1 754 271 zł
Świadczenia psychologiczne	127	46 334	3 840 683 zł
5.15.12.0000127 porada psychologiczna diagnostyczna *	97	9 719	779 908 zł
5.15.12.0000131 sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	13	267	11 636 zł
5.15.12.0000132 sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	1	54	1 390 zł
5.15.12.0000134 sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	2	5	68 zł
5.15.12.0000259 porada psychologiczna *	97	17 995	1 315 156 zł
5.15.12.0000265 sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	53	3 938	506 113 zł
5.15.12.0000266 sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	74	14 356	1 226 411 zł

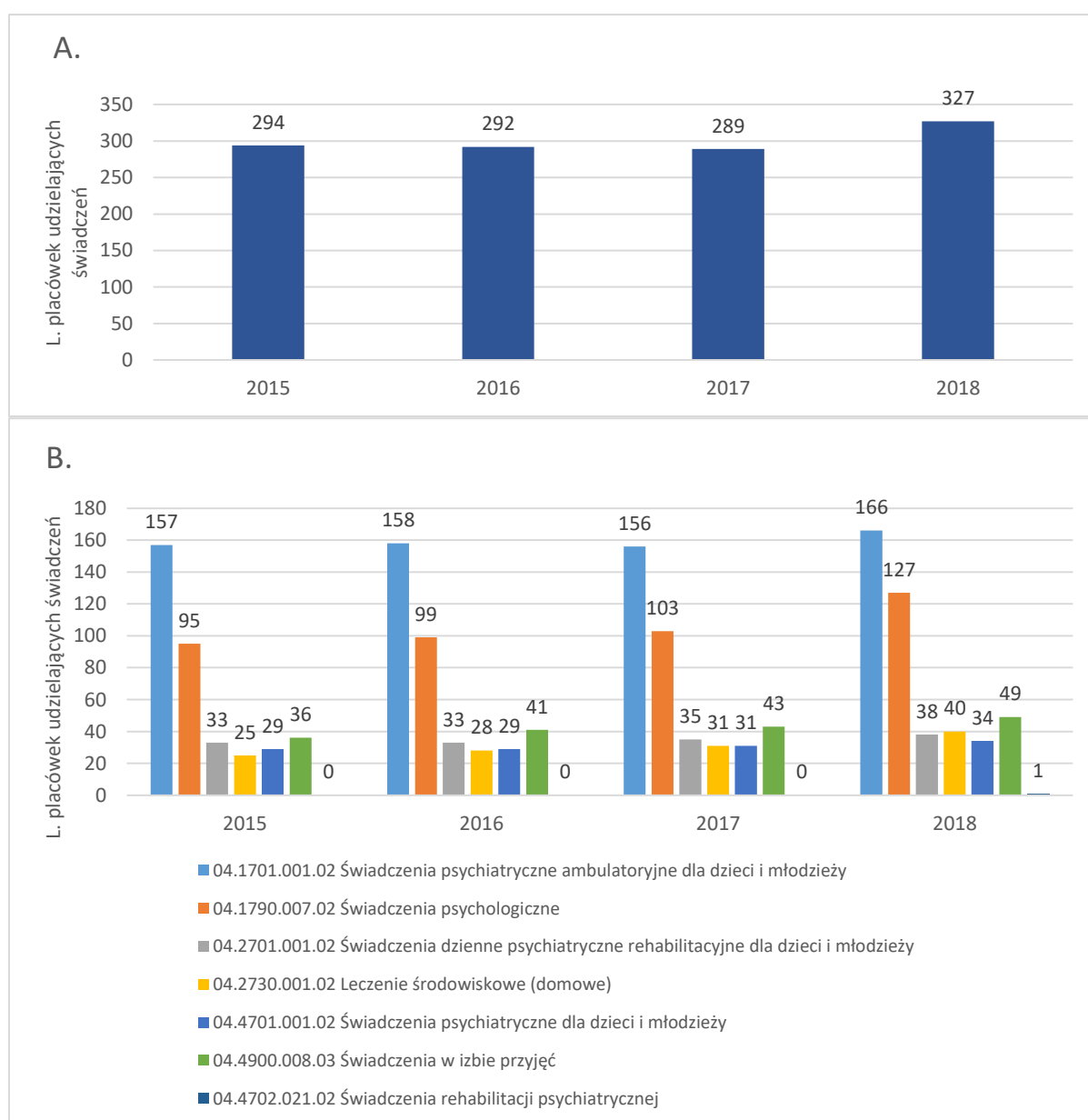
Świadczenia udzielane w ramach poszczególnych zakresów	L. placówek udzielających świadczeń	L. udzielonych świadczeń	Wartość udzielonych świadczeń
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	38	148 649	28 059 037 zł
5.15.12.0000004 osobodzień na oddziale dziennym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży	29	117 863	22 069 203 zł
5.15.12.0000006 osobodzień na oddziale dziennym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu	20	2 405	230 674 zł
5.15.12.0000207 osobodzień na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży	13	27 686	5 684 009 zł
5.15.12.0000208 osobodzień na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu	11	693	74 842 zł
5.15.12.0000303 turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (ODR)	1	2	309 zł
Leczenie środowiskowe (domowe)	39	15 529	1 946 618 zł
5.15.12.0000127 porada psychologiczna diagnostyczna *	12	570	65 531 zł
5.15.12.0000131 sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	7	260	11 943 zł
5.15.12.0000132 sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	1	72	4 680 zł
5.15.12.0000134 sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	1	72	2 352 zł
5.15.12.0000149 porada lekarska diagnostyczna	20	1 435	156 855 zł
5.15.12.0000257 porada lekarska terapeutyczna	21	1 738	124 176 zł
5.15.12.0000258 porada kontrolna	17	174	5 791 zł
5.15.12.0000259 porada psychologiczna *	13	2 920	266 846 zł
5.15.12.0000261 wizyta / porada domowa/ środowiskowa miejscowa	27	3 931	606 150 zł
5.15.12.0000262 wizyta / porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa	21	1 581	323 713 zł
5.15.12.0000263 wizyta terapeuty środowiskowego	2	2	70 zł
5.15.12.0000265 sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	9	1 019	172 762 zł
5.15.12.0000266 sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	15	1 755	205 747 zł
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	34	42 777	91 571 038 zł
5.15.12.0000160 osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	34	29 784	83 672 492 zł
5.15.12.0000161 osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - przepustka	34	8 406	3 095 234 zł
5.15.12.0000162 osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu	32	3 162	4 437 878 zł
5.15.12.0000163 osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,5 - przepustka podczas pobytu ponad standard czasu	27	1 389	353 562 zł
5.15.12.0000274 leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi *	3	36	11 872 zł
świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	1	2	3 414 zł
5.15.12.0000040 osobodzień w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej	1	2	3 414 zł
Świadczenia w izbie przyjęć	49	5 546	0 zł
5.15.12.0000289 dobowy ryczałt bazowy	49	5 546	0 zł
łącznie	327	769 552	171 972 042 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ z 2018 rok.

Liczba placówek udzielających świadczeń w analizowanych zakresach związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży utrzymywała się na poziomie 290 placówek w latach 2015–2016,

natomiast w 2018 roku odnotowano 327 placówek (poniższy rysunek część A). Analizując liczbę placówek realizujących poszczególne zakresy zaobserwowano, że (poniższy rysunek część B):

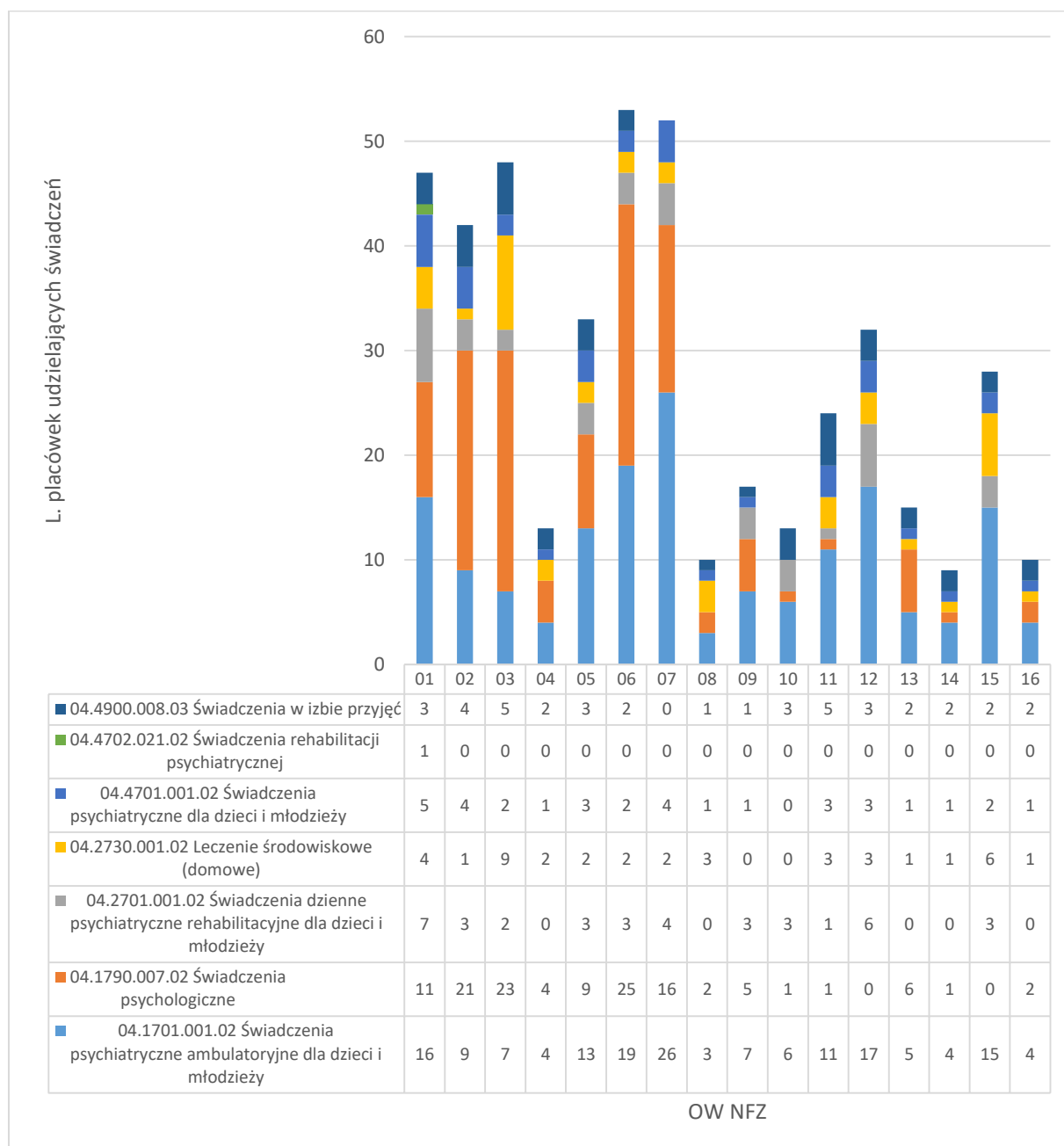
- Liczba placówek udzielających świadczeń z zakresów *świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (04.1701.001.02)*, *świadczenia psychologiczne (04.1790.007.02)*, *leczenie środowiskowe (domowe) (04.2730.001.02)*, *świadczenia w izbie przyjęć (04.4900.008.03)* sukcesywnie rosła od 2015 roku.
- Liczba placówek udzielających świadczeń z zakresów *świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży (04.2701.001.02)* i *świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02)* w latach 2015–2016 utrzymywała się na stałym poziomie a następnie od 2017 roku zaczęła wzrastać.
- Od 2018 roku świadczeń w zakresie świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej udzielała jedna placówka.



Rysunek 3. Łączna liczba placówek (A) oraz liczba placówek w podziale na analizowane zakresy związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w latach 2015 – 2018.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ.

Na poniższym wykresie przedstawiono liczbę placówek udzielających świadczeń w poszczególnych zakresach, w podziale na województwa.



Rysunek 4. Rozmieszczenie placówek udzielających świadczeń w zakresach związanych z zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w 2018 roku w podziale na WO NFZ.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ z 2018 r.

Najwięcej placówek, wg powyższego rysunku, udzielających świadczeń w zakresie:

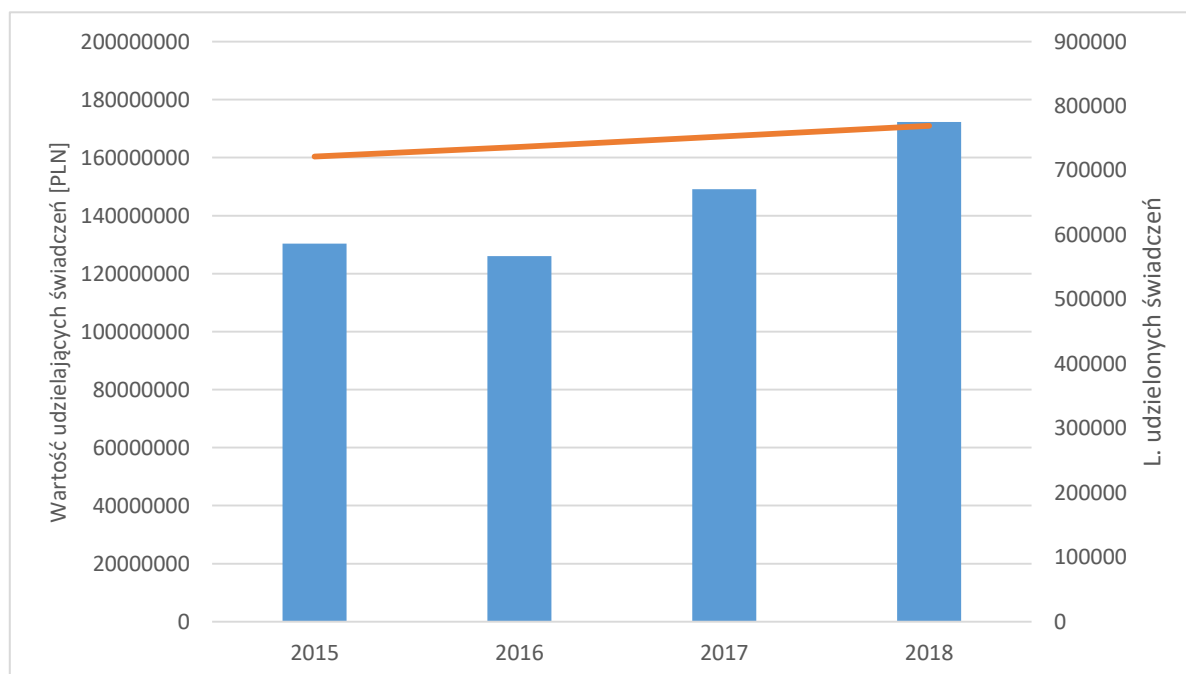
1. *świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży* funkcjonuje w województwie mazowieckim (26 placówki), małopolskim (19 placówek), a 17 w województwie śląskim;
2. *świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży* funkcjonuje w województwie dolnośląskim (7 placówek) i śląskim (6 placówek);
3. *leczenia środowiskowego (domowego)* funkcjonuje w województwie lubelskim (9 placówek) i 6 placówki w województwie wielkopolskim;

4. Świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży funkcjonuje w województwie dolnośląskim (5 placówek) i 4 placówki w województwie kujawsko-pomorskim.
5. świadczenia psychologiczne funkcjonuje w województwie małopolskim (25 placówek), lubelskim (23 placówki) i kujawsko-pomorskim (21 placówek).
6. świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej funkcjonowała tylko jedna placówka w województwie kujawsko-pomorskim.
7. świadczenia w izbie przyjęć odnotowano w województwie pomorskim i lubuskim (5 placówek) oraz kujawsko-pomorskim (4 placówki).

Wg powyższego rysunku najmniej placówek udzielających świadczeń w zakresie:

1. świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży funkcjonuje w województwie opolskim (3 placówki),
2. świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży nie udziela się w województwie lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim,
3. świadczeń w zakresie leczenia środowiskowego (domowego) nie udziela się w województwie podkarpackim i podlaskim,
4. świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży nie udziela się w województwie podlaskim,
5. świadczeń psychologicznych nie udziela się w województwie śląskim i wielkopolskim,
6. świadczeń w izbie przyjęć nie udziela się w województwie mazowieckim.

Wartość udzielanych świadczeń w roku 2016 była najniższa w analizowanym okresie (poniższy rysunek). W roku 2018 wartość udzielanych świadczeń była najwyższa i wynosiła (171 927 042 zł). Natomiast liczba udzielonych świadczeń sukcesywnie rośnie od 2015 roku



Rysunek 5. Wartość udzielanych świadczeń (wykres słupkowy) oraz liczba udzielonych świadczeń (wykres liniowy) w analizowanych zakresach w latach 2015–2018.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ.

Funkcjonowanie poradni psychologiczno-pedagogicznych

Ze względu na fakt, że poradnie psychologiczno-pedagogiczne (PPP) mogą się stać ważnym ogniwem w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, poniżej przedstawiono najważniejsze informacje dotyczące dostępności do tego typu placówek.

Na podstawie stanu bazy danych Systemu Informacji Oświatowej (SIO) na dzień 30 września 2017 roku w Polsce funkcjonowało 1 106 poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym:

- 562 publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
- 487 niepublicznych poradni pedagogiczno-psychologicznych,
- 57 poradni specjalistycznych (System Informacji Oświatowej, 2019).

W 2017 roku Naczelna Izba Kontroli opublikowała raport o pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieci pt. *Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży*. Mimo szeregu funkcjonujących placówek dostępność do opieki psychologa wg. raportu jest znacznie ograniczona. W poniższej tabeli zebrano najważniejsze dane dotyczące funkcjonowania PPP.

Tabela 6 Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w liczbach

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w liczbach
44 % szkół nie ma psychologa lub pedagoga na etacie
1 739 uczniów przypada na jednego psychologa w szkole
461 uczniów przypada na jednego pedagoga w szkole
0,6 etatu psychologa na 1 000 uczniów w szkołach wiejskich
582 poradnie pedagogiczno-psychologiczne (PPP)
8 587 pracowników PPP
385 626 opinii wydanych w PPP
126 235 orzeczeń wydanych w PPP
942 715 dzieci i młodzieży przyjętych w PPP
676 mln zł roczne koszty PPP

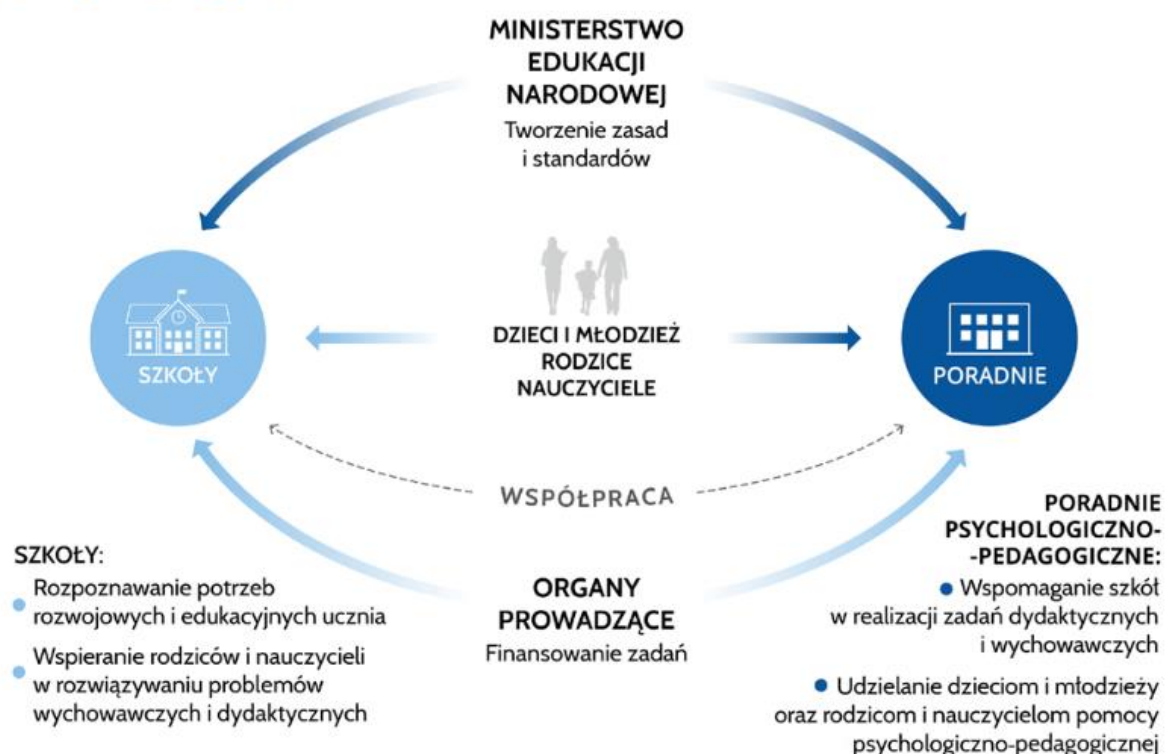
Źródło: (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

System oświaty w Polsce powinien zapewniać dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, pomoc psychologiczno-pedagogiczną oraz bezpieczne i higieniczne warunki nauki w szkołach i placówkach oświatowych. Zadaniem Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej oraz innych instytucji publicznych jest podejmowanie skutecznych działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży szkolnej. Tymczasem wielu uczniów miało lub ma objawy depresji, a problem ten dotyczy nawet dzieci w wieku przedszkolnym (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

Przeprowadzone w ostatnich latach kontrole NIK wykazały nieskuteczność prowadzonej w szkołach profilaktyki patologii szkolnych (agresja słowna i fizyczna, wagary, tj. nieusprawiedliwione absencje na zajęciach szkolnych, palenie tytoniu, zażywanie narkotyków i innych środków odurzających) i innych zachowań niepożądanych (e-uzależnienia). W szkołach nie udzielano dostatecznego wsparcia uczniom uzdolnionym, nie zapewniono pełnego komfortu nauki oraz warunków bezpieczeństwa i higieny uczenia się. NIK negatywnie oceniła również realizację przez Ministra Edukacji Narodowej zadań przewidzianych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

Na poniższym rysunku przedstawiono schemat współpracy PPP ze szkołami.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w ramach systemu oświaty ze szczególnym uwzględnieniem szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych



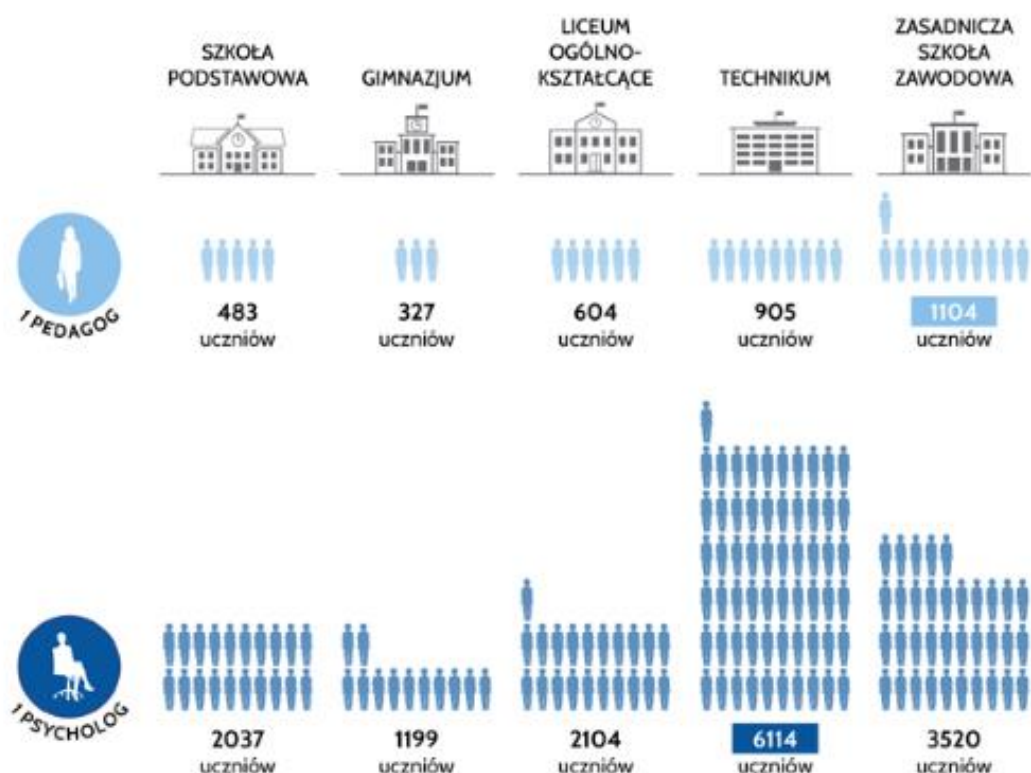
Rysunek 6. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w ramach systemu oświaty z uwzględnieniem szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Źródło: (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

Wśród głównych mankamentów funkcjonowania systemu wymienia się brak wykwalifikowanej kadry oraz trudności w dostępie do usług.

System oświaty nie gwarantuje dzieciom i młodzieży szkolnej łatwej dostępności do opieki psychologiczno-pedagogicznej. W latach 2014–2016 blisko połowa szkół publicznych różnych typów (44,2%) nie zatrudniała na odrębnym etacie ani pedagoga, ani psychologa. Uczniowie potrzebujący wsparcia mogli liczyć w tych szkołach jedynie na nauczycieli posiadających dodatkowe kwalifikacje lub doraźnie na specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych. W przepisach oświatowych sformułowany jest zaledwie ogólny obowiązek zapewnienia uczniom przez organ prowadzący nieodpłatnej opieki psychologiczno-pedagogicznej. W konsekwencji, decyzja o zatrudnieniu specjalistów w szkole jest uwarunkowana nie skalą potrzeb, lecz przede wszystkim sytuacją ekonomiczną samorządu. Brakuje również standardów opieki psychologiczno-pedagogicznej, które zobowiązywałyby szkoły do świadczenia usług na zbliżonym poziomie (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

Dostęp do pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach

ŚREDNIA LICZBA UCZNIÓW PRZYPADAJĄCYCH
NA JEDEN ETAT SPECJALISTY W LATACH 2014–2016

Rysunek 7. Średnia liczba uczniów przypadających na jeden etat specjalisty a latach 2014–2016.

Źródło: (Najwyższa Izba Kontroli, 2017)

Dane z Systemu Informacji Oświatowej wskazują, że w latach 2014–2016 blisko połowa szkół publicznych (44%) różnych typów nie zatrudniała na odrębnym etacie ani pedagoga ani psychologa.⁸ We wrześniu 2016 r. problem ten dotyczył: 6 152 (45%) szkół podstawowych, 2 577 (34%) gimnazjów, 1 066 (54%) zasadniczych szkół zawodowych, 1 044 (42%) liceów ogólnokształcących oraz 1 221 (60%) techników. W latach szkolnych 2014/2015 i 2015/2016 na jedną szkołę przypadało przeciętnie odpowiednio 0,76 i 0,75 etatu pedagoga oraz 0,19 i 0,2 etatu psychologa. Ten sam wskaźnik wyliczony tylko dla szkół wiejskich, był jeszcze niższy i wynosił odpowiednio 0,56 i 0,55 etatu pedagoga oraz 0,09 i 0,09 etatu psychologa. W latach 2014–2016 w szkołach, w których organ prowadzący zatrudnił specjalistów, średnio na jeden etat pedagoga przypadało 475 uczniów. Liczba ta był jeszcze wyższa w przypadku psychologów i wynosiła 1 904 (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

W latach 2011–2016 odnotowano wzrost liczby dzieci i młodzieży (o 47 537, tj. 5,3%) przyjętych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz wzrost liczby wydanych w nich orzeczeń (o 28,7%). W związku ze zmianami w systemie oświaty (m.in. obniżeniem wieku rozpoczęcia nauki w szkole

⁸ Należy zwrócić uwagę dodatkowo na fakt, że liczba publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych od czasu publikacji raportu zmniejszyła się o 20 placówek (przypis AOTMiT).

i objęciem obowiązkiem przedszkolnym młodszych dzieci), w latach 2014–2015 nastąpił istotny wzrost liczby wydanych opinii dotyczących odroczenia obowiązku szkolnego (o ponad 100%) oraz opinii o stwierdzeniu potrzeby udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej na poziomie szkoły (o 8,07%) i przedszkola (o 39,72%) (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

W ocenie NIK obowiązujący system rejestracji zgłoszeń do poradni psychologiczno-pedagogicznych nie pozwalał na pełne określenie zapotrzebowania na usługi świadczone przez zatrudnionych w nich specjalistów. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę wynosił miesiąc (w skrajnym przypadku nawet do 21 miesięcy), a część szkół w otrzymywanych z poradni opiniach oczekiwała bardziej szczegółowych wskazań dla nauczycieli do pracy z danymi uczniami. Ponadto, w jednej z sześciu poradni (17%) stwierdzono nierzetelnie prowadzoną dokumentację dotyczącą porad i terapii, co nie pozwalało na ustalenie rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie oraz na stwierdzenie czy wszystkie osoby ubiegające się o pomoc zostały przyjęte. Występujące w większości poradni (67%) bariery architektoniczne utrudniały dostęp do pomieszczeń osobom z niepełnosprawnością ruchową. Ponadto jedna trzecia dyrektorów poradni uznała, że warunki lokalowe nie zaspokajają potrzeb poradni w sposób wystarczający (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).



Rysunek 8. Trudności poradni psychologiczno-pedagogicznych z zapewnieniem pomocy wszystkim potrzebującym.

Źródło: (Najwyższa Izba Kontroli, 2017).

Liczba lekarzy

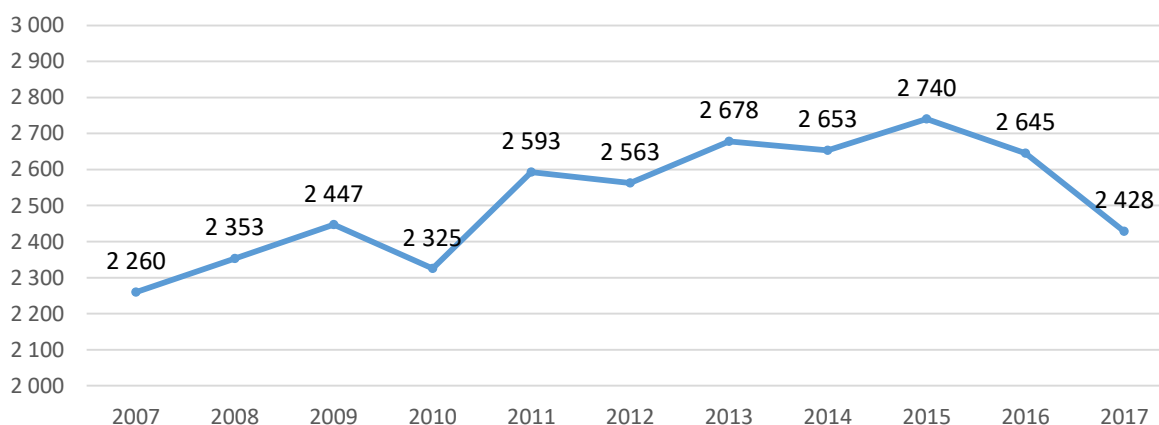
Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód jest niewielka i mimo tego, że wzrosła od roku 2011 o 137 osób, w 2018 r. wynosiła 375. Natomiast liczba lekarzy psychiatrów dziecięcych ze specjalizacją I stopnia wykonujących zawód w tym samym okresie spadła o 5 osób – i wynosi 40. Szczegółowe dane zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 7 Zestawienie liczbowe lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży wg. stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawodu w latach 2011-2018

Dziedzina specjalizacji Psychiatria dzieci i młodzieży		2011	2012	2013	2014	2015	2016 (na dzień 31.08.2016)	2017	2018	Porównanie 2011 z 2018
Liczba Specjalistów	Wyk. Zawód	238	253	287	305	333	359	362	375	↑ 137
	Wszyscy	275	295	328	345	373	353	400	409	↑ 134
Liczba specjalistów I st.	Wyk. Zawód	45	43	43	41	41	41	41	40	↓ 5
	Wszyscy	45	43	43	42	42	42	42	42	↓ 3
Razem	Wyk. Zawód	283	296	330	346	374	437	403	415	↑ 132
	Wszyscy	320	338	371	387	415	394	442	451	↑ 131

Źródło: (Ministerstwo Zdrowia, 2019).

Nieco inaczej niż w przypadku liczby lekarzy o specjalizacji psychiatria dzieci i młodzieży sytuacja przedstawiała się w przypadku liczby specjalistów z zakresu psychiatrii zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia. Liczba psychiatrów utrzymywała się na podobnym poziomie i była zdecydowanie wyższa niż liczba psychiatrów dzieci i młodzieży. Najwięcej lekarzy psychiatrów odnotowano w 2015 roku. W kolejnych analizowanych latach odnotowano tendencję spadkową. Szczegółowe informacje przedstawiono na poniższym rysunku.

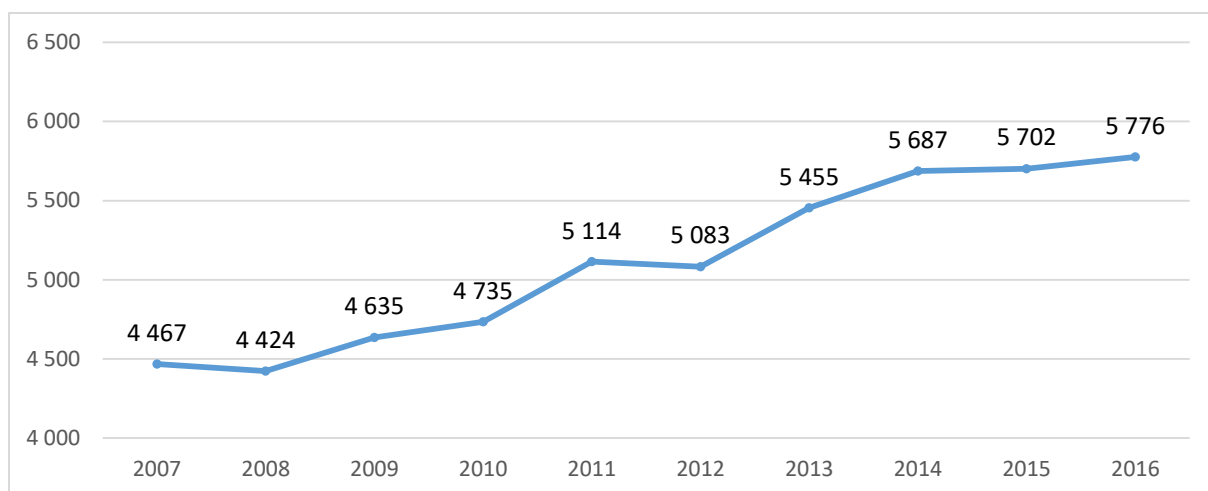
**Rysunek 9. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia z zakresie psychiatrii w latach 2007–2017 (Ministerstwo Zdrowia, 2007-2017).**

Należy podkreślić, że zarówno psychiatria, jak i psychiatria dzieci i młodzieży znajdują się na liście 20 priorytetowych dziedzin medycyny, na które wskazuje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. 2018 r. poz. 1738)*.

Liczba łóżek

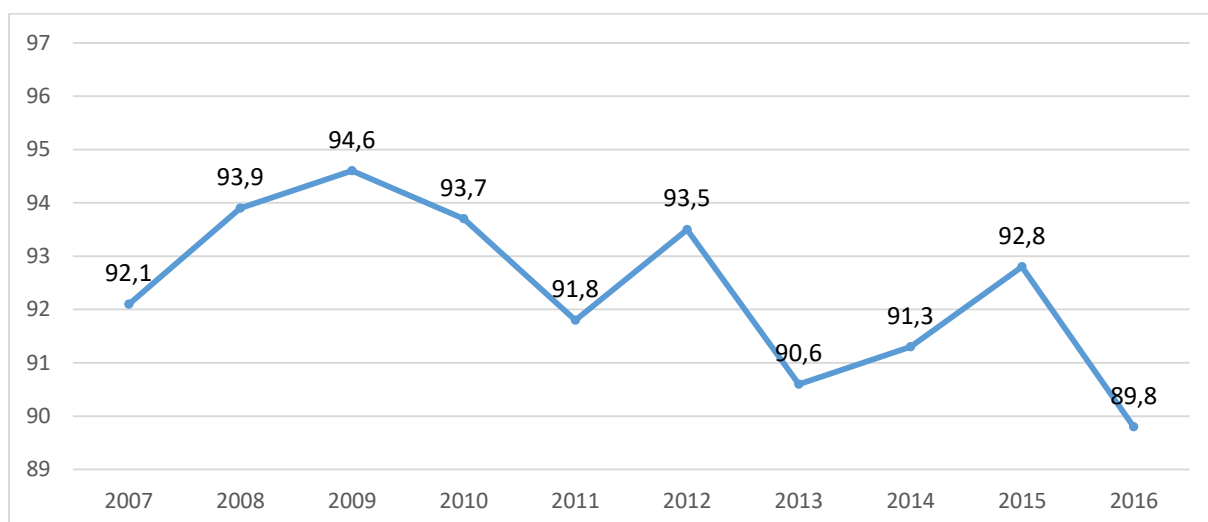
W danych CSIOZ brakuje danych o liczbie łóżek pediatrycznych w psychiatrii, są jedynie dane dotyczące ogólnie liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych. W oparciu o te dane, na przestrzeni lat 2007–2017 odnotowano stopniowo rosnącą liczbę łóżek na oddziałach psychiatrycznych z okresowymi spadkami. W 2017 roku zaobserwowano jednak znaczące zmniejszenie liczby łóżek na tych oddziałach.

Szczegółowe dane zostały przedstawione na poniższym rysunku.



Rysunek 10. Liczba bezwzględna łóżek na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach stacjonarnych ogólnych (Ministerstwo Zdrowia, 2007-2017)

Jeśli chodzi o wykorzystanie łóżek na oddziałach psychiatrycznych, obłożenie w latach 2007–2017 utrzymywało się na podobnym, wysokim poziomie i kształtowało się na poziomie od 89,8% do 94,6%. Na poniższym rysunku przedstawiono szczegółowe informacje na temat wykorzystania łóżek na oddziałach psychiatrycznych.



Rysunek 11. Procentowe wykorzystanie łóżek na oddziałach psychiatrycznych w przypadku szpitali stacjonarnych ogólnych (Ministerstwo Zdrowia, 2007-2017)

Liczba oddziałów i poradni

Na potrzeby niniejszego opracowania zebrano dane dotyczące liczby poradni:

- zdrowia psychicznego dla dzieci,
- leczenia nerwic dla dzieci,
- leczenia uzależnień dla dzieci,
- terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci,
- terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, promocji zdrowia psychicznego dla dzieci oraz poradni psychologicznej dla dzieci.

Spośród wymienionych rodzajów poradni najczęściej odnotowano poradni zdrowia psychicznego dla dzieci. W skali kraju było ich 519. Zaobserwowano nierówny dostęp do świadczeń udzielanych w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci w całym kraju. Najwięcej tego rodzaju poradni było w województwie mazowieckim (121), a najmniej w opolskim i warmińsko-mazurskim (6).

Niemal o połowę mniej niż poradni zdrowia psychicznego dla dzieci było poradni psychologicznych dla dzieci. W Polsce tych ostatnich było ogółem 276. Zaobserwowano również nierówny dostęp do udzielanych tam świadczeń w skali kraju, choć dysproporcje były nieco mniejsze niż w przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dzieci. Najwięcej poradni psychologicznych dla dzieci było w województwie mazowieckim (78). Tylko jedna tego rodzaju poradnia mieściła się w województwie opolskim.

Warto zwrócić uwagę na poradnie leczenia nerwic dla dzieci, których w skali kraju było tylko 25. W żadnym z województw nie było ich więcej niż 8. W województwie kujawsko-pomorskim, lubelskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie było ani jednej tego rodzaju poradni. Niewielką liczbę poradni odnotowano także, jeśli chodzi o placówki dedykowane pacjentom wymagających leczenia uzależnień. W skali kraju było 61 poradni leczenia uzależnień dla dzieci (w pomorskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim nie było ani jednej takiej poradni). Jeszcze mniej (ogółem 44) było poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci (w opolskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim w ogóle nie odnotowano takich poradni). Ograniczony dostęp odnotowano też w przypadku poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci. W całym kraju było ich 32, przy czym w województwie łódzkim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim w ogóle nie ma takich poradni. Niski dostęp zaobserwowano także w przypadku poradni promocji zdrowia psychicznego dla dzieci. W skali kraju było ich tylko 6 – po jednej w województwie dolnośląskim, mazowieckim, wielkopolskim i zachodniopomorskim oraz jedna w lubuskim. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 8 Liczba poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, leczenia nerwic dla dzieci, leczenia uzależnień dla dzieci, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, promocji zdrowia psychicznego dla dzieci oraz poradni psychologicznych dla dzieci w podziale na województwa

Województwo	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci	Poradnia leczenia nerwic dla dzieci	Poradnia leczenia uzależnień dla dzieci	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i	Poradnia terapii uzależnienia od substancji	Poradnia promocji zdrowia psychicznego	Poradnia psychologiczna dla dzieci
Dolnośląskie	49	2	3	3	7	1	17
Kujawsko-Pomorskie	24		2	1	1		14
Lubelskie	11		1	1	2		10
Lubuskie	9	2	4	8	2	2	4
Łódzkie	53	1	2	2			30
Małopolskie	39		1	5	4		26
Mazowieckie	121	7	20	4	4	1	78
Opolskie	6		2				1
Podkarpackie	14		4	2	1		4
Podlaskie	8		1	2			4
Pomorskie	33	1		2	2		14
Śląskie	70	2	7	9	3		43
Świętokrzyskie	10		5	1	1		2
Warmińsko-Mazurskie	6						10
Wielkopolskie	44	8	9	4	5	1	15

Województwo	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci	Poradnia leczenia nerwic dla dzieci	Poradnia leczenia uzależnień dla dzieci	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i	Poradnia terapii uzależnienia od substancji	Poradnia promocji zdrowia psychicznego	Poradnia psychologiczna dla dzieci
Zachodniopomorskie	22	2				1	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2019, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019 r.

Ograniczony i nierównomierny dostęp w skali kraju zaobserwowano ponadto w przypadku:

- oddziałów dziennych psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci,
- oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci,
- oddziałów dziennych zaburzeń nerwicowych dla dzieci,
- oddziałów dziennych dla osób z autyzmem dziecięcym dla dzieci,
- oddziałów dziennych terapii uzależnienia od alkoholu dla dzieci i oddziałów dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci.

Spośród wymienionych komórek organizacyjnych najwięcej było oddziałów dziennych psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci. W całym kraju było ich 67, przy czym w województwie lubuskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim nie było ani jednego tego rodzaju oddziału. Najwięcej było ich natomiast w województwie wielkopolskim (14).

O ponad połowę mniej niż oddziałów dziennych psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci było oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci. Ogółem w całym kraju było ich 31, z czego najwięcej ponownie w województwie wielkopolskim (9). Podobnie jak w przypadku oddziałów dziennych psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci pacjenci nie mieli dostępu do ani jednego oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci w województwie lubuskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim, a dodatkowo także w kujawsko-pomorskim.

W całym kraju istniał tylko 1 oddział dzienny zaburzeń nerwicowych dla dzieci i był on zlokalizowany w województwie lubelskim. Znacząco ograniczony dostęp do świadczeń mają też pacjenci, którzy chcieliby skorzystać z usług w ramach oddziału dziennego dla osób z autyzmem dziecięcym. W całej Polsce takich komórek organizacyjnych było tylko 11, a w większości województw nie było ani jednej takiej placówki.

Warto też zwrócić uwagę na ograniczony dostęp do oddziałów dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci. W całej Polsce było ich jedynie 8, z czego po 2 w województwie dolnośląskim i mazowieckim, 1 w podlaskim i 3 w śląskim. W pozostałych regionach nie było ani jednej takiej placówki. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 9 Liczba oddziałów dziennych psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci, oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci, oddziałów dziennych zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziałów dziennych dla osób z autyzmem dziecięcym dla dzieci, oddziałów /ośrodków alzheimerowskich dla dzieci, oddziałów dziennych terapii uzależnienia od alkoholu dla dzieci, oddziałów dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci w podziale na województwa

Województwo	Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny) dla dzieci	Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci	Oddział dzienny zaburzeń nerwicowych dla dzieci	Oddział dzienny dla osób z autyzmem dziecięcym dla dzieci	Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu dla dzieci	Oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci
Dolnośląskie	6	1				2
Kujawsko-Pomorskie	3					
Lubelskie	7	1	1	1		
Lubuskie						
Łódzkie	6	1		1		
Małopolskie	2	2				
Mazowieckie	11	8		2	1	2
Opolskie						
Podkarpackie	1	2		1		
Podlaskie	3	1				1
Pomorskie	6	2				
Śląskie	8	4				3
Świętokrzyskie						
Warmińsko-Mazurskie						
Wielkopolskie	14	9		6		
Zachodniopomorskie						

Źródło: opracowanie własne na podstawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2019, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019 r.

Ograniczony i nierównomierny dostęp w skali kraju zaobserwowano także w przypadku hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci. W województwie łódzkim i mazowieckim funkcjonowały ogółem 2 tego rodzaju placówki. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 10 Liczba hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci oraz liczba łóżek w tego rodzaju placówkach, w podziale na województwa

Województwo	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Dolnośląskie	0	0
Kujawsko-Pomorskie	0	0
Lubelskie	0	0
Lubuskie	0	0
Łódzkie	1	14
Małopolskie	0	0
Mazowieckie	1	20
Opolskie	0	0
Podkarpackie	0	0
Podlaskie	0	0
Pomorskie	0	0
Śląskie	0	0
Świętokrzyskie	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0
Wielkopolskie	0	0
Zachodniopomorskie	0	0

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019r.; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Ograniczony i nierównomierny dostęp w skali kraju zaobserwowano także, jeśli chodzi o zespoły leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci, opiekę domową, rodzinną dla dzieci, zespoły leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem dla dzieci. W większości województw pacjenci nie mieli dostępu do opieki domowej oraz leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci z autyzmem. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 11 Liczba komórek organizacyjnych w województwie – zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci, opiekę domową, rodzinną dla dzieci, zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem dla dzieci

Województwo	Zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci	Opieka domowa, rodzinna dla dzieci	Zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem dla dzieci
Dolnośląskie	1	0	0
Kujawsko-Pomorskie	0	0	0
Lubelskie	5	0	2
Lubuskie	0	0	0
Łódzkie	4	0	0
Małopolskie	2	0	0
Mazowieckie	10	2	0
Opolskie	0	0	0
Podkarpackie	2	0	0
Podlaskie	1	0	0
Pomorskie	3	0	
Śląskie	8	0	1
Świętokrzyskie	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0
Wielkopolskie	2	0	1
Zachodniopomorskie	0	1	

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019r.; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Ograniczony i nierównomierny dostęp w skali kraju zaobserwowano także, jeśli chodzi o ośrodki świadczące usługi z zakresu leczenia uzależnień dla dzieci. W całej Polsce funkcjonował tylko 1 ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych dla dzieci, 1 ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci oraz 1 ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 12 Liczba ośrodków leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych dla dzieci, ośrodków terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa

Województwo	Ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych dla dzieci		Ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci		Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Dolnośląskie	0	0	0	0	0	0
Kujawsko-Pomorskie	0	0	0	0	0	0
Lubelskie	0	0	0	0	0	0
Lubuskie	0	0	0	0	0	0

Województwo	Ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych dla dzieci		Ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci		Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
łódzkie	0	0	0	0	0	0
Małopolskie	0	0	0	0	0	0
Mazowieckie	0	0	0	0	0	0
Opolskie	0	0	0	0	0	0
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0
Podlaskie	1	10	0	0	0	0
Pomorskie	0	0	0	0	0	0
Śląskie	0	0	0	0	1	32
Świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0	0	0	0
Wielkopolskie	0	0	1	5	0	0
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą na dzień 2.04.2019r.; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Jeśli chodzi o oddziały psychiatryczne (ogólne) dla dzieci, w całym kraju było łącznie tylko 35 tego rodzaju komórek organizacyjnych. W województwie podlaskim nie było ani jednego takiego oddziału. W skali kraju na tych oddziałach było 1 013 łóżek. W poszczególnych regionach było ich jednak niewiele – od 18 w województwie opolskim i świętokrzyskim do 135 w dolnośląskim.

W porównaniu do oddziałów psychiatrycznych ogólnych dla dzieci znacznie słabszy dostęp odnotowano, jeśli chodzi o oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci. Tego rodzaju komórki organizacyjne znajdowały się tylko w 2 województwach – mazowieckim i śląskim. Przypadało na nie odpowiednio 76 i 55 łóżek.

Nierównomierny i ograniczony dostęp odnotowano też w przypadku oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci. W skali kraju było ich ogółem tylko 4, co odpowiadało 135 łóżkom. Funkcjonował 1 oddział tego rodzaju w każdym z następujących województw: w dolnośląskim, lubuskim, pomorskim i śląskim. Należy zauważyć, że niektóre oddziały miały 50 łóżek, jednak inne miały ich dwukrotnie mniej. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 13 Liczba oddziałów psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa

Województwo	Oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci		Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci		Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Dolnośląskie	5	135	0	0	1	33

Województwo	Oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci		Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci		Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Kujawsko-Pomorskie	4	101	0	0	0	0
Lubelskie	2	52	0	0	0	0
Lubuskie	1	90	0	0	1	50
Łódzkie	4	106	0	0	0	0
Małopolskie	2	52	0	0	0	0
Mazowieckie	4	125	3	76	0	0
Opolskie	1	18	0	0	0	0
Podkarpackie	1	24	0	0	0	0
Podlaskie	0	0	0	0	0	0
Pomorskie	3	55	0	0	1	27
Śląskie	3	119	2	55	1	25
Świętokrzyskie	1	18	0	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	1	32	0	0	0	0
Wielkopolskie	2	50	0	0	0	0
Zachodniopomorskie	1	36	0	0	0	0

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019r.; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Ograniczony i nierównomierny dostęp w skali kraju zaobserwowano ponadto, jeśli chodzi o oddziały odwykowe o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziały leczenia uzależnień dla dzieci, oddziały terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i oddziały rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci. W całym kraju funkcjonował tylko 1 oddział każdego z wymienionych rodzajów. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 14 Liczba oddziałów odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziałów leczenia uzależnień dla dzieci, oddziałów terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, oddziałów rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa

Województwo	Oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci		Oddział leczenia uzależnień dla dzieci		Oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci		Oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Dolnośląskie	1	34	0	0	0	0	0	0
Kujawsko-Pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Łódzkie	0	0	0	0	0	0	1	4
Małopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Mazowieckie	0	0	0	0	0	0	0	0
Opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0

Województwo	Oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci		Oddział leczenia uzależnień dla dzieci		Oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci		Oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0
Podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Śląskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Świętokrzyskie	0	0	0	0	1	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Wielkopolskie	0	0	1	20	0	0	0	0
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019r.; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Ograniczony i nierównomierny dostęp w skali kraju zaobserwowano również, jeśli chodzi o zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci oraz opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci. Zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci funkcjonowały tylko w województwie śląskim – było ich tylko 2. Jeszcze mniejszą dostępnością cechowały się zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci. Odnotowano tylko 1 taką placówkę i mieściła się ona w województwie mazowieckim. Szczegółowe informacje zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 15 Liczba zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych dla dzieci oraz opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa

Województwo	Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci		Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci	
	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie	Liczba komórek organizacyjnych w województwie	Liczba łóżek w województwie
Dolnośląskie	0	0	0	0
Kujawsko-Pomorskie	0	0	0	0
Lubelskie	0	0	0	0
Lubuskie	0	0	0	0
Łódzkie	0	0	0	0
Małopolskie	0	0	0	0
Mazowieckie	0	0	1	40
Opolskie	0	0	0	0
Podkarpackie	0	0	0	0
Podlaskie	0	0	0	0
Pomorskie	0	0	0	0
Śląskie	2	65	0	0
Świętokrzyskie	0	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0	0
Wielkopolskie	0	0	0	0
Zachodniopomorskie	0	0	0	0

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 2.04.2019r.; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Kolejki

W poniższej tabeli przedstawiono średni czas oczekiwania na wizytę u psychiatry według Fundacji WHC. Nie odnaleziono danych dotyczących czasu oczekiwania na wizytę u psychiatry dziecięcego.

Tabela 16 Średni czas oczekiwania na wizytę u psychiatry (w miesiącach)

Świadczenie	II/III 2012	VI/VII 2012	X/XI 2012	II/III 2013	VI/VII 2013	X/XI 2013	II/III 2014	VI/VII 2014	X/XI 2014	II/III 2015	VI/VII 2015	X/XI 2015	II/III 2016	VI/VII 2016	X/XI 2016	II/III 2017	VI/VII 2017	IV/V 2018	XII 2018 / I 2019
Wizyta u psychiatry	0,8	1,8	1,2	1,4	2,2	1,4	1,6	0,8	1,9	1,9	1,6	0,9	1,3	0,9	1,5	1,1	0,7	1,4	2,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHC (Fundacja Watch Health Care, 2012-2018)

Z powyższych danych Fundacji WHC wynika, że średni czas oczekiwania na wizytę u psychiatry w Polsce był zróżnicowany. W analizowanym okresie wynosił on od 0,7 miesiąca do 2,5 miesiąca.

Przeanalizowano również kolejki do hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci, oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci, zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem. Poniżej przedstawiono dane dla przypadków stabilnych i pilnych.

Przypadki stabilne

Jeśli chodzi o przypadki stabilne, średnia liczba osób oczekujących w latach 2014–2018 kształtowała się następująco dla poniższych komórek organizacyjnych:

- hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci - od 0 do 12 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci - od 9 do 21 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci - od 3 do 67 osób,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci - od 10 do 57 osób,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci - od 0 do 5 osób,
- oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci - od 4 do 21 osób,
- poradnia psychologiczna dla dzieci - od 5 do 17 osób,
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci - od 35 do 62 osoby,
- zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 25 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci - od 0 do 3 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem - od 25 do 78 osób.

Na przestrzeni lat 2014–2018 zaobserwowano liczne fluktuacje, jeśli chodzi o średnią liczbę osób oczekujących (przypadki stabilne) do analizowanych komórek organizacyjnych.

W ostatnim półroczu 2018 roku wzrost liczby osób oczekujących odnotowano w przypadku poniższych komórek organizacyjnych: oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci.

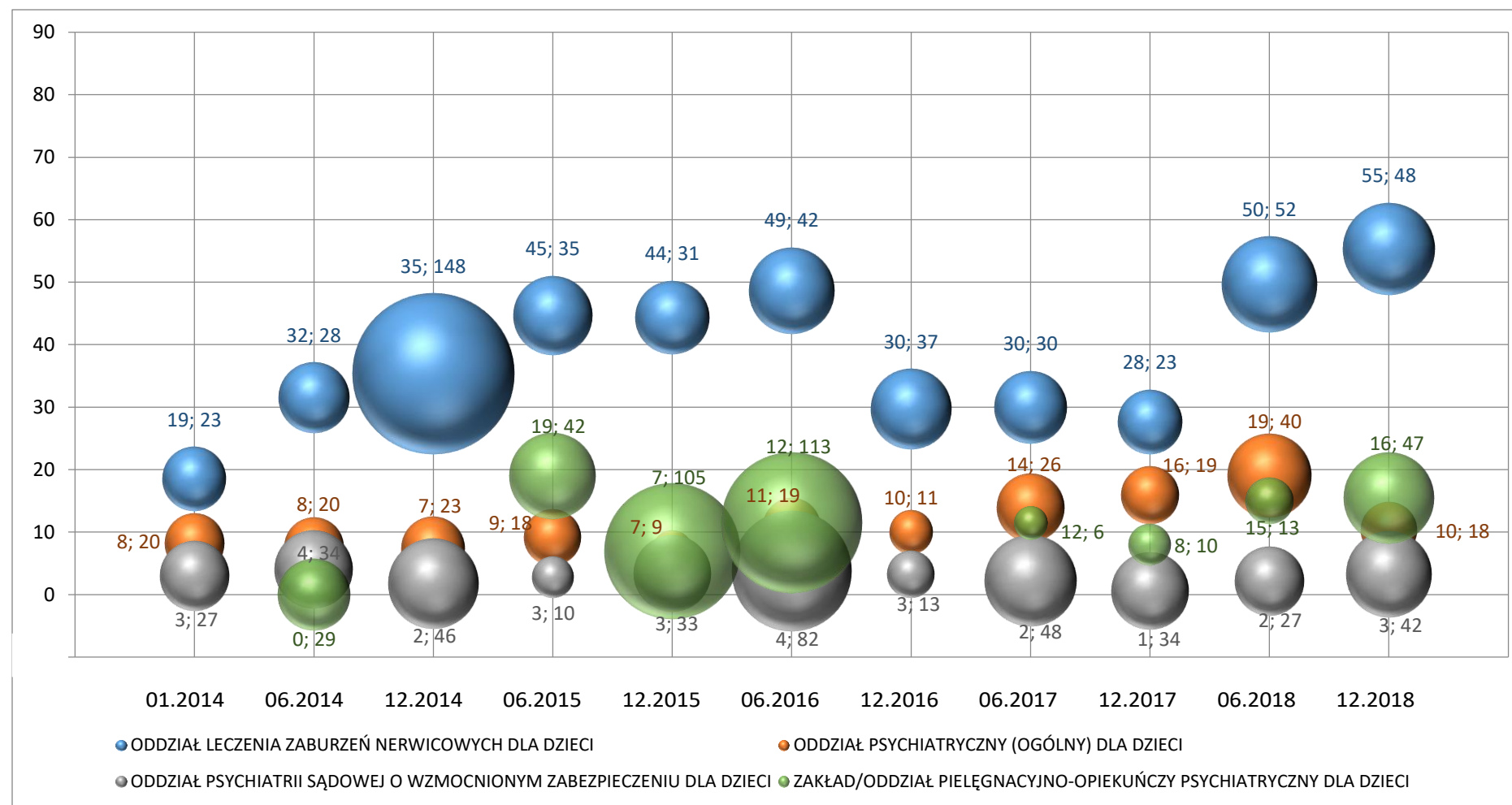
Biorąc pod uwagę średni czas oczekiwania w latach 2014–2018 kształtował się on następująco dla poniższych komórek organizacyjnych (przypadki stabilne):

- hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci – od 0 do 117 dni,
- oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci – od 6 do 39 dni,
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci – od 11 do 117 dni,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci – od 22 do 226 dni,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci – od 4 do 102 dni,
- oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci – od 9 do 49 dni,
- poradnia psychologiczna dla dzieci – od 7 do 27 dni,
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci – od 40 do 57 dni,
- zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci – od 0 do 168 dni,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci – od 0 do 29 dni,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – od 21 do 826 dni.

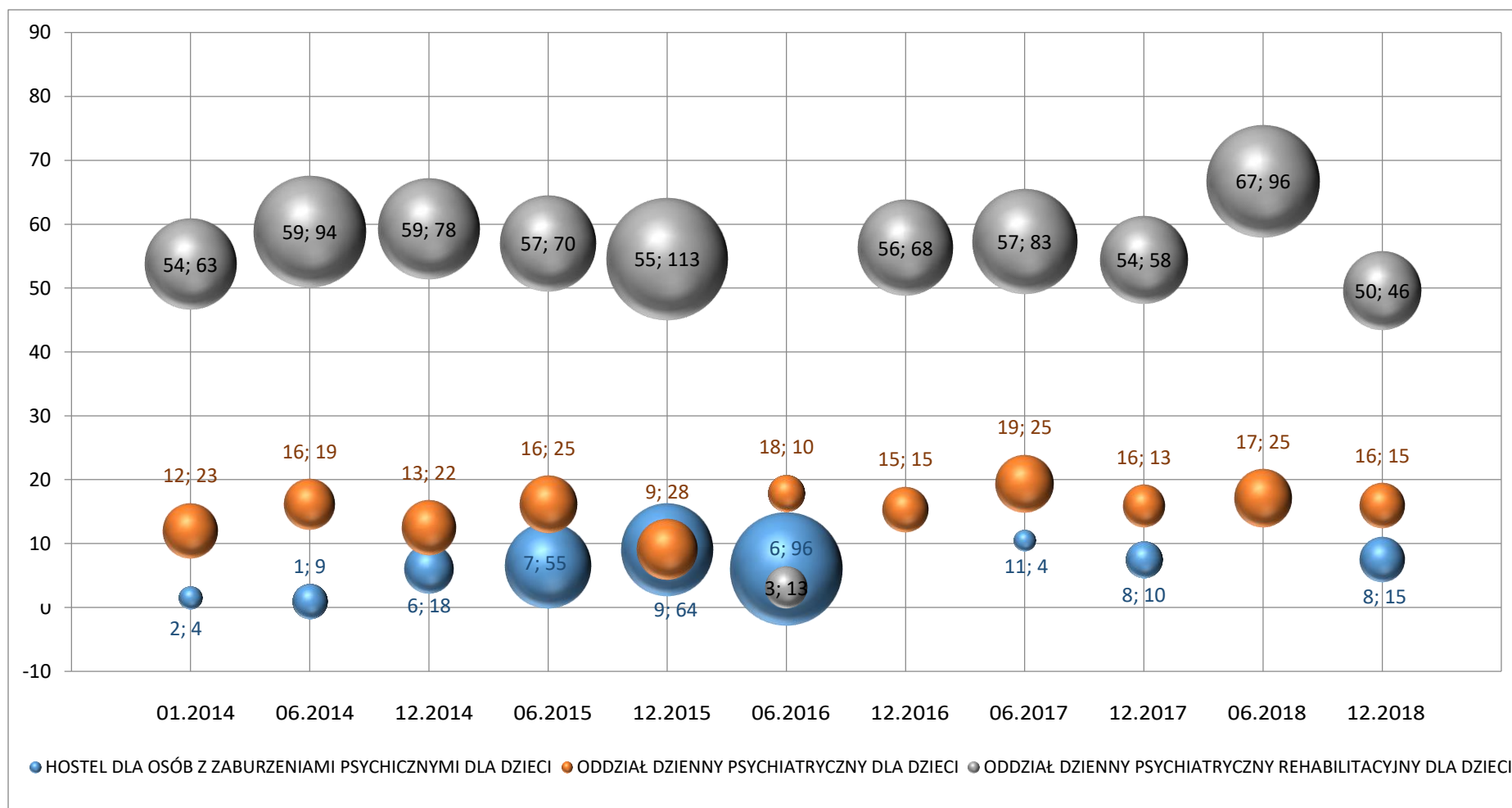
Na przestrzeni lat 2014–2018 zaobserwowano zróżnicowany średni czas oczekiwania (przypadki stabilne) do analizowanych komórek organizacyjnych.

W ostatnim półroczu 2018 roku wzrost średniego czasu oczekiwania odnotowano w przypadku poniższych komórek organizacyjnych: hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci, oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci, poradnia psychologiczna dla dzieci i zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem. Największy wzrost średniego czasu oczekiwania w stosunku do pozostałych wymienionych komórek odnotowano w przypadku zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem.

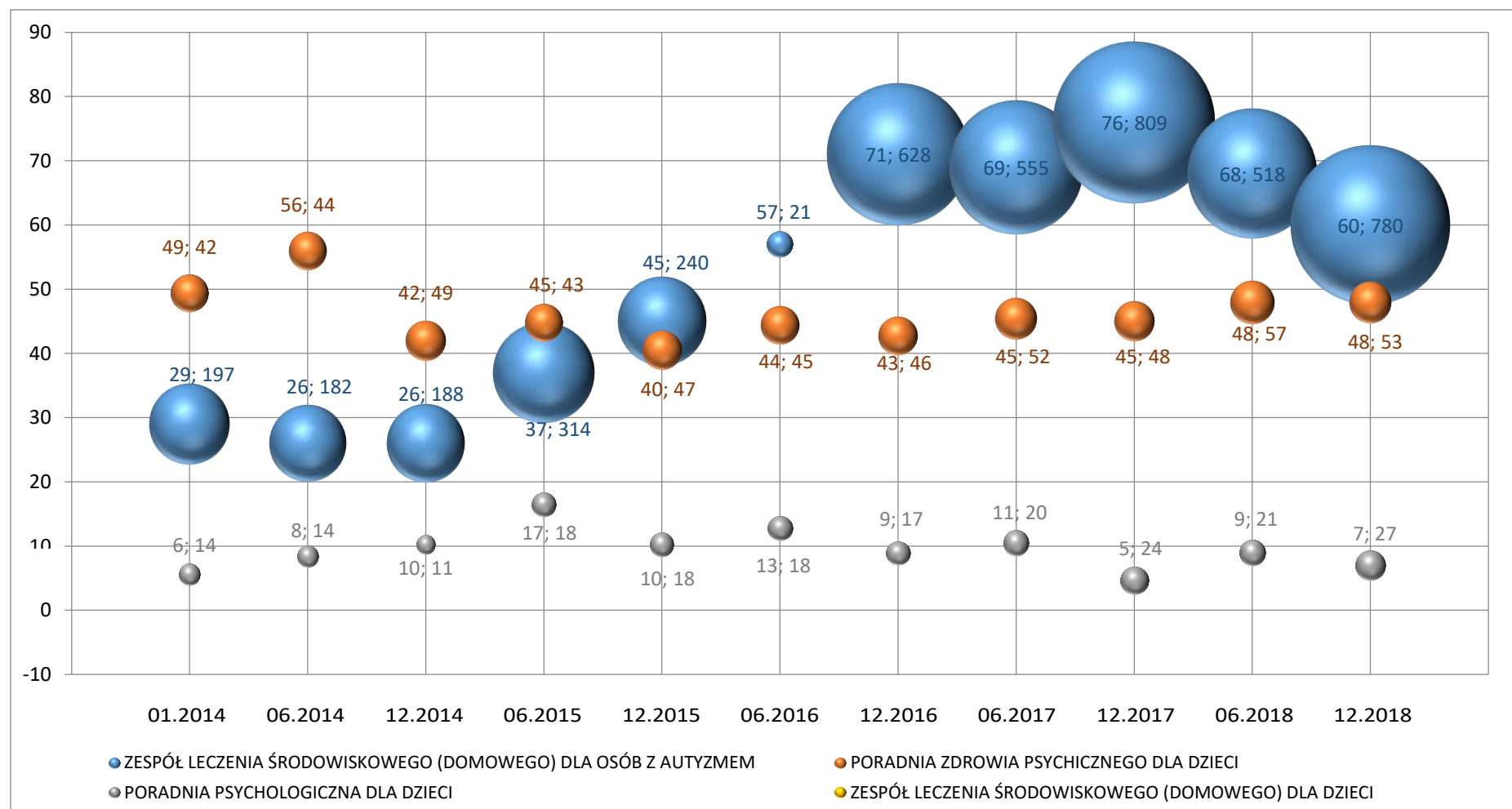
Poniższe rysunki przedstawiają zestawienia średniej liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do poszczególnych jednostek organizacyjnych w wybranych miesiącach na przestrzeni lat 2014-2018 dla przypadków stabilnych.



Rysunek 12. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci oraz zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci – przypadki stabilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.



Rysunek 13. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci oraz oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci – przypadki stabilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.



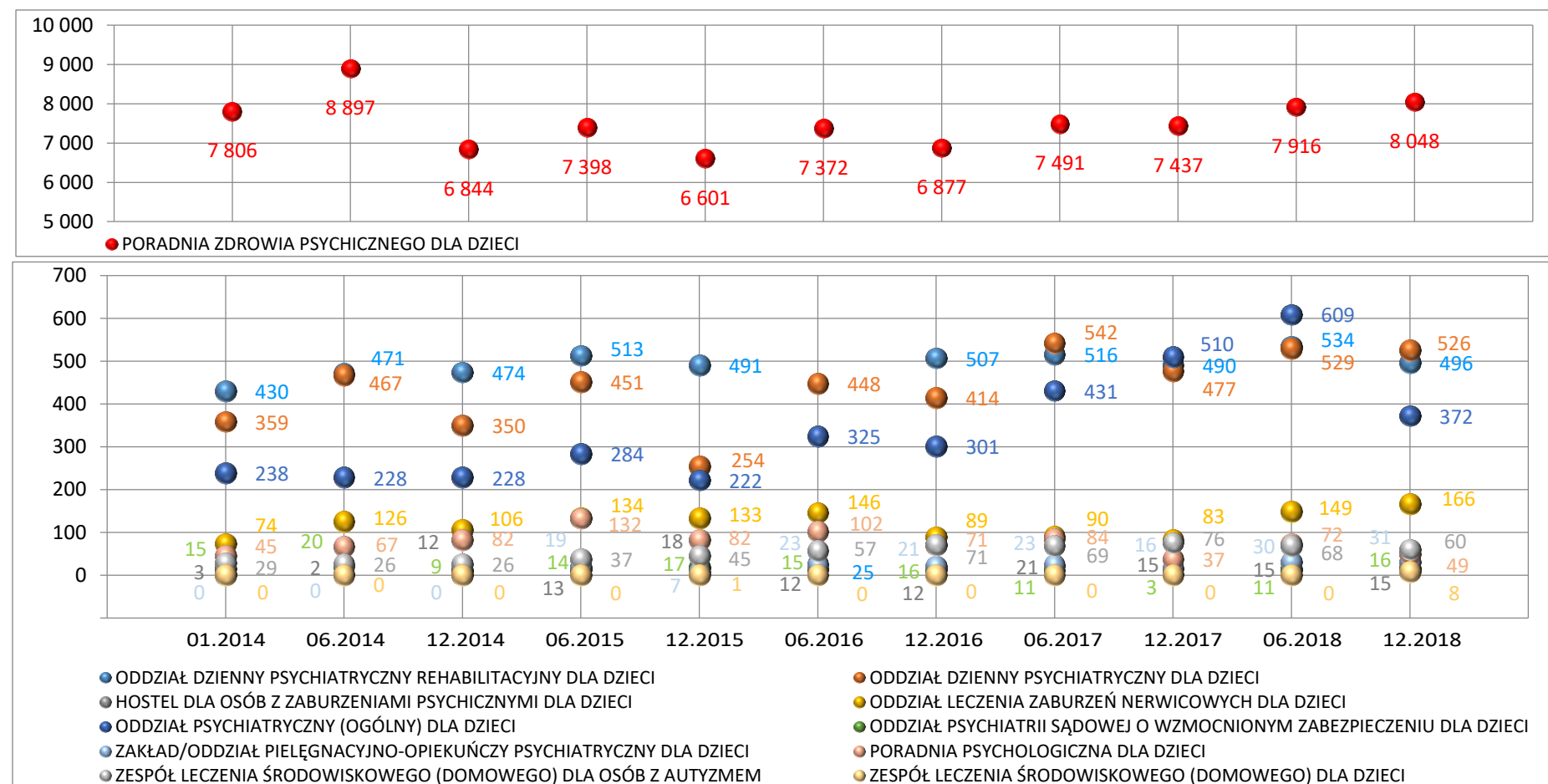
Rysunek 14. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci – przypadki stabilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.

Jeśli chodzi o przypadki stabilne, suma liczby oczekujących w latach 2014–2018 kształtowała się następująco dla poniższych komórek organizacyjnych:

- hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci - od 0 do 24 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci - od 213 do 579 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci - od 23 do 547 osób,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci - od 29 do 171 osób,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci - od 0 do 25 osób,
- oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci - od 135 do 663 osób,
- poradnia psychologiczna dla dzieci - od 37 do 132 osób,
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci - od 5 846 do 9 833 osób,
- zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 32 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci - od 0 do 8 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem - od 25 do 78 osób.

Na przestrzeni lat 2014–2018 zaobserwowano zróżnicowaną sumę liczby oczekujących (przypadki stabilne) do analizowanych komórek organizacyjnych.

W ostatnim półroczu 2018 roku wzrost sumy liczby osób oczekujących odnotowano w przypadku poniższych komórek organizacyjnych: oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci. Szczegółowe informacje umieszczono na poniższym rysunku.



Rysunek 15. Suma liczby oczekujących na przyjęcie do oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci, oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci, zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – przypadki stabilne (NFZ, 2018)⁹.

⁹ Spadek w wykresie dla oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci w czerwcu 2016 r. wynika ze zmiany liczby komórek organizacyjnych, z których została przekazana informacja o liście osób oczekujących.

Przypadki pilne

Jeśli chodzi o przypadki pilne, średnia liczba osób oczekujących w latach 2014–2018 kształtowała się następująco dla poniższych komórek organizacyjnych:

- hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci - od 0 do 3 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 1 osoby,
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci - od 0 do 2 osób,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci - od 0 do 1 osoby,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci - od 0 do 1 osoby,
- oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci - od 0 do 1 osoby,
- poradnia psychologiczna dla dzieci - od 0 do 1 osoby,
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci - od 0 do 1 osoby,
- zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 3 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci - od 0 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem - od 0 do 5 osób.

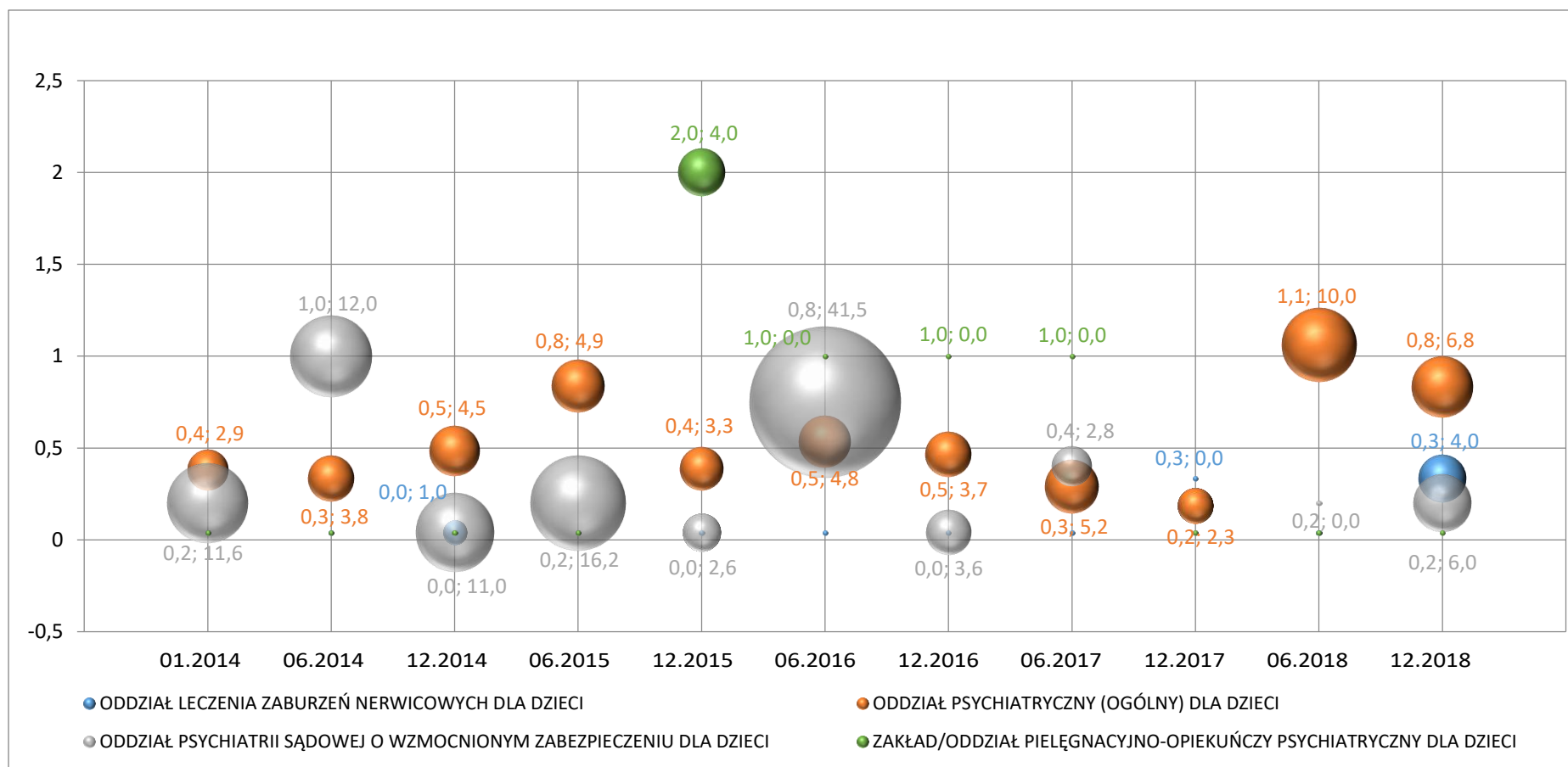
Na przestrzeni lat 2014–2018 zaobserwowano liczne fluktuacje, jeśli chodzi o średnią liczbę osób oczekujących (przypadki pilne) do analizowanych komórek organizacyjnych.

W ostatnim półroczu 2018 roku wzrost liczby osób oczekujących odnotowano w przypadku komórek organizacyjnych: oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci.

Średni czas oczekiwania w latach 2014–2018, jeśli chodzi o przypadki pilne, kształtował się następująco dla poniższych komórek organizacyjnych:

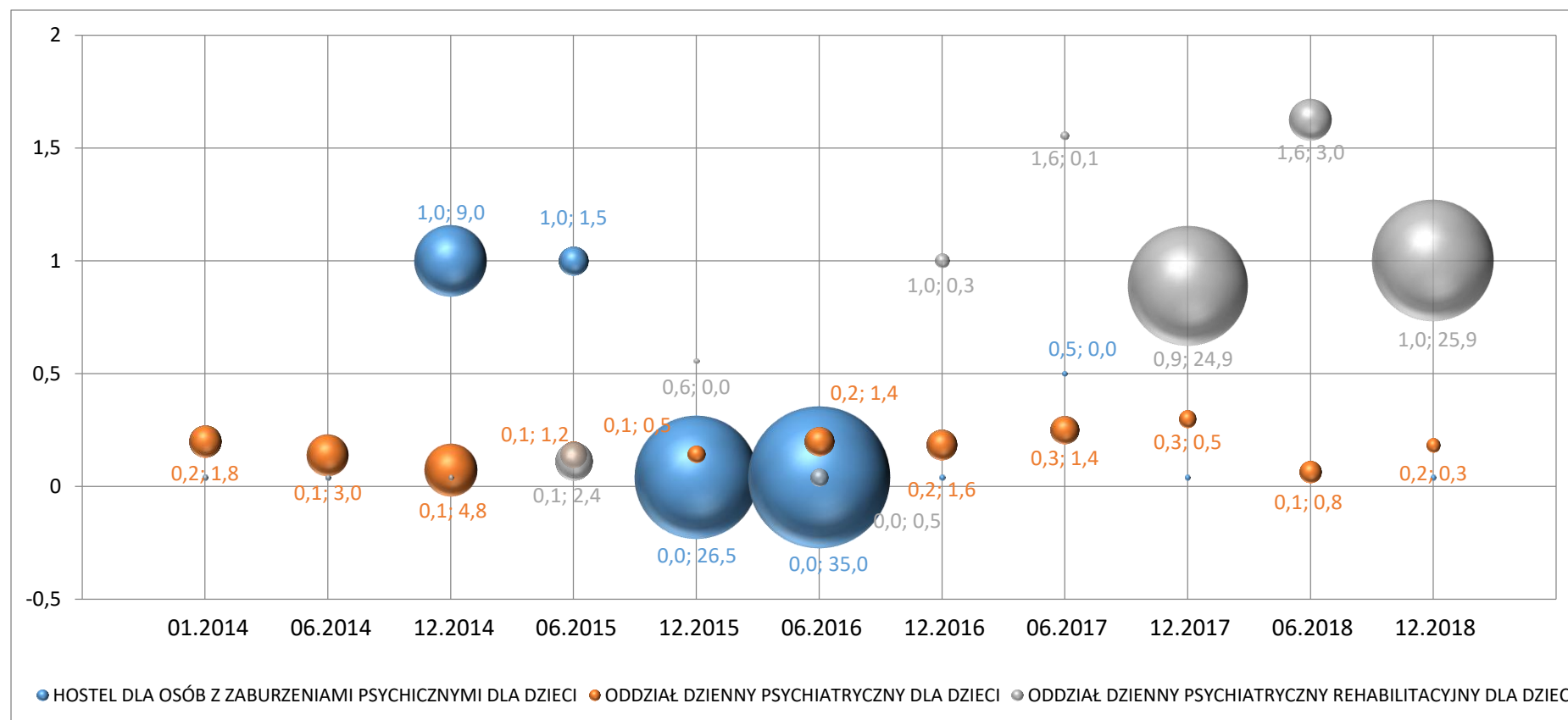
- hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci - od 0 do 53 dni,
- oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 9 dni,
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci - od 0 do 42 dni,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci - od 0 do 4 dni,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci - od 0 do 42 dni,
- oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci - od 1 do 11 dni,
- poradnia psychologiczna dla dzieci - od 0 do 16 dni,
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci - od 1 do 10 dni,
- zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 14 dni,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci - 0 dni,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem - od 0 do 49 dni.

Na przestrzeni lat 2014–2018 zaobserwowano zróżnicowany średni czas oczekiwania (przypadki pilne) do analizowanych komórek organizacyjnych. W ostatnim półroczu 2018 roku wzrost średniego czasu oczekiwania odnotowano w przypadku poniższych komórek organizacyjnych: oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci, oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem i poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci. Poniższe rysunki przedstawiają zestawienia średniej liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do poszczególnych jednostek organizacyjnych w wybranych miesiącach na przestrzeni lat 2014–2018 dla przypadków pilnych.



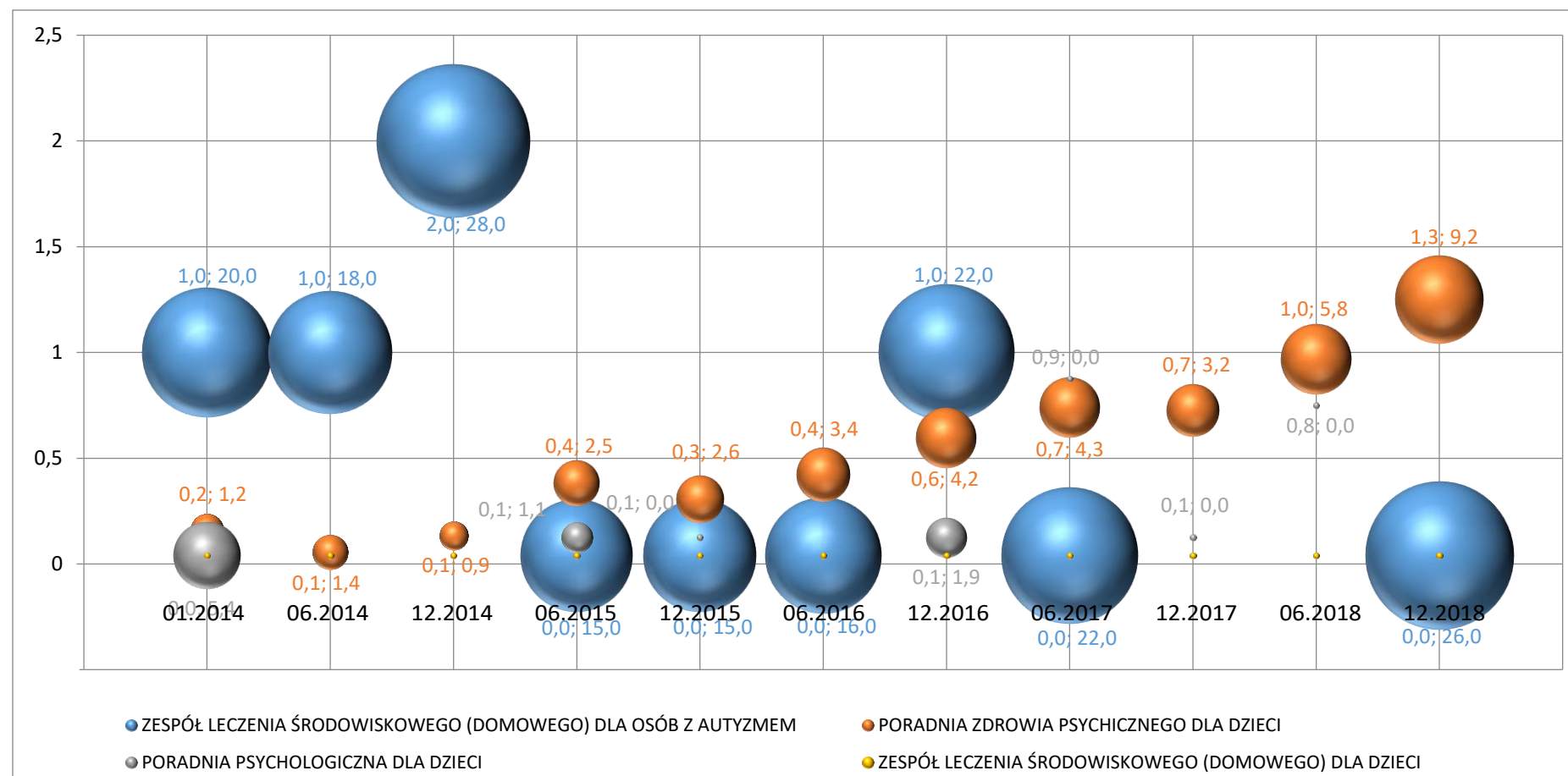
Rysunek 16. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci oraz poradni zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci – przypadki pilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.¹⁰

¹⁰ Wartości 0,0;0,0 nie przedstawiono na wykresie.



Rysunek 17. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do hotelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci oraz oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci – przypadki pilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.¹¹

¹¹ Wartości 0,0;0,0 nie przedstawiono na wykresie.



Rysunek 18. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci – przypadki pilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.¹²

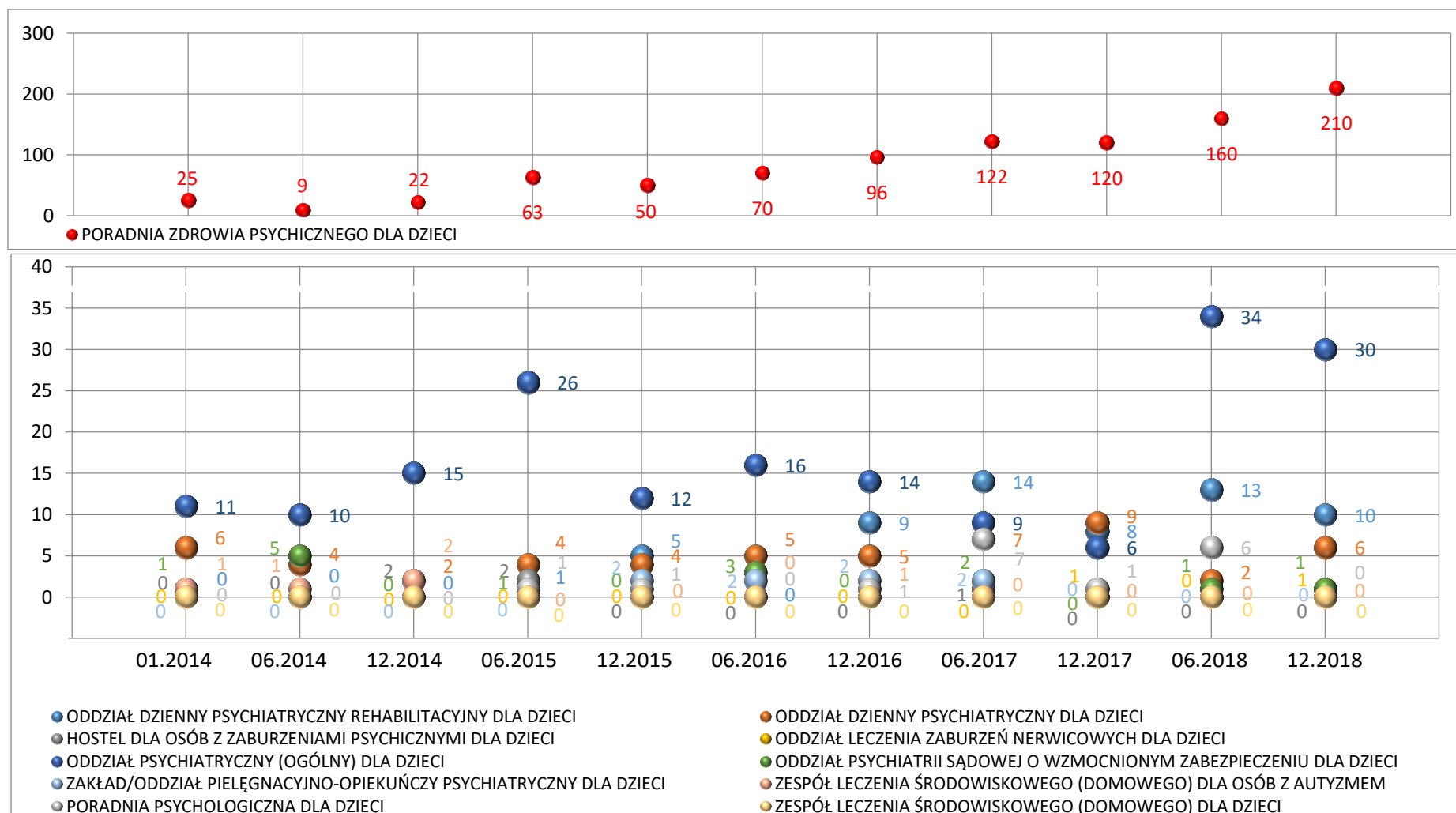
¹² Wartości 0,0;0,0 nie przedstawiono na wykresie.

Jeśli chodzi o przypadki pilne, suma liczby oczekujących w latach 2014–2018 kształtowała się następująco dla poniższych komórek organizacyjnych:

- hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci - od 0 do 5 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 18 osób,
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci - od 0 do 19 osób,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci - od 0 do 4 osób,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci - od 0 do 5 osób,
- oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci - od 3 do 40 osób,
- poradnia psychologiczna dla dzieci - od 0 do 8 osób,
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci - od 7 do 210 osób,
- zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci - od 0 do 3 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci - 0 osób,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem - od 0 do 5 osób.

Na przestrzeni lat 2014–2018 zaobserwowano zróżnicowaną sumę liczby oczekujących (przypadki pilne) do analizowanych komórek organizacyjnych.

W ostatnim półroczu 2018 roku wzrost sumy liczby oczekujących odnotowano w przypadku następujących komórek organizacyjnych: oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci. Szczegółowe informacje umieszczono na poniższym rysunku.



Rysunek 19. Suma liczby oczekujących na przyjęcie do oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci, oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci, zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – przypadki pilne (NFZ, 2018).

2.4.Stan finansowania w innych krajach

Jak sugerują doniesienia ze Stanów Zjednoczonych, Walencji, Hiszpanii i innych krajów, efektywność Polskiego systemu opieki zdrowotnej można poprawić zmieniając podejście do finansowania świadczenia. W Wielkiej Brytanii wykazano, że finansowanie oparte o stały komponent bazujący na stawce kapitałowej połączony z komponentem opartym na wynikach, poprawia wyniki dla pacjentów i przekształca świadczenie opieki zdrowotnej w bardziej ekonomiczne (Monitor, 2015).

Jednak jak zauważa Perelman i wsp., w różnych krajach stosowano rozmaite modele płatności za leczenie schorzeń psychicznych, z różnym skutkiem, i zwraca jednocześnie uwagę w swojej publikacji na wady i zalety rozmaitych tradycyjnych mechanizmów płatności.

Poniżej przedstawiono przegląd rozwiązań w poszczególnych krajach.

Knickman (2016) zwraca uwagę, że w **USA** obecnie kładziony jest nacisk na płatności za ilość wykonanych świadczeń, jednak nie ma zachęt skłaniających świadczeniodawców do skupienia się na wynikach leczenia pacjenta. Pierwszym celem powinno być wykorzystanie modeli płatności, które oferują zachęty świadczeniodawcom za lepsze wyniki pacjenta poprzez adekwatną płatność za świadczenia na podstawie dowodów (*evidence-based payment*). Obecne tendencje skłaniające się ku większej integracji świadczeń w obrębie kilku świadczeniodawców dają szansę na stworzenie podejścia do opieki, która sprosta zróżnicowanym potrzebom osób cierpiących na schorzenia psychiczne. Chcąc uzyskać odpowiednio funkcjonujący system płatności, trzeba wykorzystać różne strategie, które proponują zachęty za świadczenie opieki na odpowiednim poziomie (Knickman, 2016). Dla przykładu w stanie Colorado stawkę kapitałową zastąpiono tradycyjnym systemem *fee-for-service*, który doprowadził do zmniejszonego wykorzystania świadczeń angażujących złożone, różnorodne zasoby. Doprowadził on również do niższych wydatków, lepszej integracji usług, a konsultacje zastąpiły pobyty w szpitalach w przypadku młodzieży, jednak nie zaobserwowano zmian w kwestii zapobiegania schorzeniom. Z kolei system rozliczania za poszczególne przypadki (ang. *per case payment system*) z wykorzystaniem jednorodnych grup pacjentów wprawdzie zmniejszył poziom hospitalizowania z powodu poważnych chorób psychicznych, ale zwiększył zadłużenie szpitali (prawdopodobnie ze względu na nieadekwatność systemu DRG jako klasyfikującego schorzenia psychiczne, który bardziej nastawiony jest na krótkie pobyty i przypadki ostre niż długoterminowe leczenie, o niepewnym charakterze) (Perelman 2018).

W **Austrii** stworzenie specyficznych kategorii dla schorzeń psychicznych pozwoliło szpitalom na pokrycie kosztów, zwiększając jednocześnie opiekę opartą na modelu środowiskowym.

W **Hiszpanii** hospitalizacja pacjentów ze schorzeniami psychicznymi jest realizowana w specjalistycznych placówkach i finansowana inaczej niż pozostałe hospitalizacje. W określonych przypadkach stosuje się płatność za pobyt (np. w Katalonii, gdzie funkcjonują różne stawki za pobyt dla pacjentów hospitalizowanych w trybie pilnym, o niższym stopniu pilności, a także stawki za procedury wymagające średniej lub długiej hospitalizacji). Niektóre władze regionalne ustalają ze świadczeniodawcami z sektora prywatnego płatność „za proces” (np. w Aragonii obowiązują maksymalne taryfy za hospitalizację w ośrodkach rehabilitacyjnych, w których pacjenci przebywają długo. Dotyczy to też ośrodków rehabilitacyjnych stacjonarnych, w których pacjenci przebywają krótszy czas). Przydzielanie środków szpitalom psychiatrycznym odbywa się na podstawie historycznych budżetów administracyjnych (Sánchez-Martínez & Abellán-Perpiñán, 2016).

W **Bułgarii** świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego są finansowane z budżetu państwa, budżetów lokalnych i instytucji ubezpieczeń zdrowotnych. W większości są one jednak finansowane przez tego ostatniego płatnika. Instytucja ta opracowała listę specjalistycznych świadczeń realizowanych przez psychiatrów dziecięcych, które są przez nią finansowane. Na liście znajduje się między innymi ocena ryzyka popełnienia samobójstwa, ewaluacja psychiatryczna, sesja rehabilitacji psychospołecznej, ocena stanu psychicznego i inne. Ogółem wyodrębniono 23 takie świadczenia. System nie uwzględnia jednak specyficznego charakteru postępowania w psychiatrii dziecięcej i jego długotrwałości. Przykładowo ocena stanu zdrowia psychicznego dziecka i jego rodziny często wymaga więcej niż jednej sesji, a płatność jest realizowana tylko za jedną z nich (Braddick, Carral, & Jenkins, 2009).

Dawniej w **Wielkiej Brytanii** opieka psychiatryczna była finansowana na zasadzie zawierania umów kontraktowych. Nie było to zbyt korzystne, gdyż model ten nie uwzględniał potrzeb pacjenta w zakresie opieki psychiatrycznej. Obecnie funkcjonuje metoda „płatności za wyniki”. Taka forma finansowania zmusza wszystkich świadczeniodawców do poprawy efektywności swojej pracy (Monitor, 2015).

W Anglii opracowanych jest wiele metod finansowania z wyraźnymi powiązaniem z wynikami. Możliwe jest powiązanie finansowania opartego na wynikach z prawie każdą umową o płatności. Praktykowane jest również zorganizowanie świadczenia usług u wielu lokalnych dostawców poprzez szereg skoordynowanych ustaleń umownych (Monitor, 2015).

Przykładami takich rozwiązań w Anglii są modele:

- **Model Głównego Świadczeniodawcy:** Jeden podmiot przyjmuje pełną odpowiedzialność kliniczną i finansową za dostarczenie określonych wyników. Ten dostawca prowadzi integrację usług dla pacjentów, czasami wzdłuż całej ścieżki opieki, czasami dla określonej populacji pacjentów, poprzez umowy podwykonawstwa z innymi podmiotami. Komisarze¹³ posiadają jedną umowę z głównym świadczeniodawcą. Głównym świadczeniodawcą może być istniejący podmiot, pośrednik lub organizacja integrująca.
- **Model Wiodącego Odpowiedzialnego Świadczeniodawcy:** jak powyżej, jeden dostawca jest odpowiedzialny za zapewnienie całej ścieżki lub ścieżek opieki lub osiągnięcie określonych wyników dla zdefiniowanej populacji pacjentów. Komisarze posiadają jedną umowę z tym świadczeniodawcą, który może zlecić podwykonawstwo niektórych części ścieżek lub niektórych usług. Jednak w tym przypadku wiodący odpowiedzialny podmiot zachowuje kluczową odpowiedzialność za dostarczenie odpowiedniej jakości opieki na ścieżce.
- **Sojusz:** zazwyczaj kierowany przez komisarzy, ten mechanizm kontraktowania ma na celu zachęcenie wielu dostawców do współdziałania w celu dostarczenia konkretnemu usługodawcy powiązanego zestawu usług. Dostawcy zawierają umowy powiązane z komisarzami, przy czym ci ostatni oceniają je zbiorowo. Każdy z nich posiada własne wewnętrzne kontrole finansowe i ryzyko zysków / strat udziałów z innymi komisarzami i dostawcami w sojuszu
- **Wspólne przedsięwzięcie:** dostawcy wspólnie tworzą nowy instrument w celu ułatwienia świadczenia zintegrowanej opieki, ale każdy dostawca pozostaje niezależny. Umowa o wspólnym przedsięwzięciu określa jego charakter, obowiązki i zarządzanie.
- **W pełni zintegrowana opieka:** jak powyżej, komisarze posiadają jedną umowę z pojedynczym bezpośrednim lub pośrednim dostawcą usług opieki zdrowotnej, ale ta organizacja zakłada odpowiedzialność za świadczenie usług dla całej ścieżki opieki lub pacjenta.

¹³ Odpowiednik płatnika publicznego (przypis AOTMiT).

Dominującą formą kontraktowania w Anglii jest wiodący odpowiedzialny świadczeniodawcy.

W modelu tym komisarze zawierają umowę z jednym świadczeniodawcą na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonej populacji pacjentów lub na określony schemat leczenia. Płatność za usługę składa się z trzech komponentów (rysunek poniżej) (Monitor, 2015):

1. Stały komponent wypłacany w regularnych ratach. Jest to część uzgodnionego budżetu na dostarczanie określonej opieki zgodnie z określonymi standardami w umowie. Jest on obliczany na podstawie nakładów wymaganych do osiągnięcia tych wyników i ich całkowitych efektywnych kosztów
2. Składnik zmienny zależny od osiągnięcia określonych wyników
3. Mechanizm dzielenia zysku / straty związanej z ryzykiem (np. z powodu przewidywanych oszczędności lub poziomów popytu) między komisarzami a świadczeniodawcami



Rysunek 20. Model finansowanie świadczeń związanych z opieką psychiatryczną w Anglii.

Źródło: (Monitor, 2015).

Pierwszy i drugi komponent opiera się na wysokości stawki kapitałowej. Oznacza to, że dostawca płaci kwotę ryczałtową na osobę za zaspokojenie potrzeb opiekuńczych określonej populacji docelowej. Wielkość tej kwoty ryczałtowej jest określana przez obliczenie całkowitego kosztu nakładów niezbędnych do zaspokojenia potrzeb opiekuńczych populacji i pomnożenie tej kwoty przez liczbę osób w określonej populacji. W zależności od sytuacji i planowanego modelu opieki, lokalni komisarze i dostawcy (w tym podwykonawcy) mogą rozważyć odpowiednią wagę lub nacisk na pierwszy lub drugi komponent płatności. Całkowity budżet może zostać rozłożony na wszystkie trzy komponenty lub pokryć tylko składniki podstawowe i wynikowe. Komisarze mogą nałożyć nacisk na wyników lub ilość udzielonych świadczeń. Świadczeniodawcy sami decydują, czy proponowany sposób płatności jest odpowiednią zachętą do podpisania umowy z komisarzem. Taki model oferuje elastyczność w projektowaniu i dostarczaniu usług. Z perspektywy zlecenia model ten umożliwia komisarzom bezpośrednie pozyskiwanie i płacenie za usługi promujące lepsze wyniki. Główną korzyścią dla pacjenta jest promowanie wyników uzyskanych przez świadczeniodawców (Monitor, 2015).

Wdrożono również system „płatności za działanie” (ang. *payment per activity*) na bazie jednolitych grup pacjentów HRG. Zaobserwowano, że ten model płatności oferował świadczeniodawcom świadczącym usługi z zakresu zdrowia psychicznego kilka zachęt mających na celu efektywne działanie dopasowane do potrzeb pacjentów ze schorzeniami psychicznymi. Wprowadzono więc płatność za epizod na podstawie tzw. *Mental Health Clusters*. W ramach klastrów pogrupowano pacjentów na 21 kategorii, uwzględniając ich potrzeby, a świadczeniodawcom płaci się określoną stawkę za każdy okres leczenia w zależności od klastra, do którego przypisano pacjenta. Na podstawie analiz innych autorów Perelman i wsp. sugerują jednak, że klastry powinny zostać zrewidowane w taki sposób, by zyskały większą homogeniczność (Perelman, Chaves, Almeida, & Matias, 2018). Poniżej szczegółowo opisano funkcjonujący w Wielkiej Brytanii model.

Termin *klaster* oznacza grupę osób o podobnych cechach charakterystycznych zdefiniowaną w oparciu o całościową ocenę, a następnie ocenioną w oparciu o narzędzie *Mental Health Clustering Tool (MHCT)*. Klasy pozwalają na stopniowanie zróżnicowania kombinacji i ciężkości ocenianych potrzeb. Jakkolwiek klasy znajdują statystyczne uzasadnienie, określone wzorce ocen MHCT istnieją dla każdego z nich. Zakresy te są oznaczone w zaleceniach dotyczących stosowania oceny kolorowymi siatkami i są uzupełnione o informacje kontekstowe, co jest szczególnie przydatne do weryfikacji poprawności wcześniej przydzielonego klastra (NHS ENGLAND and NHS Improvement, 2019).

Potrzeby ludzi zmieniają się z biegiem czasu, a także w trakcie trwania leczenia. System płatności stosowany w ochronie zdrowia psychicznego musi odzwierciedlać zróżnicowane poziomy wkładu w opiekę, który jest udzielany w trakcie zmieniających się i nieprzewidywalnych epizodów opieki. W tym celu powinno się przeprowadzać ocenę mającą na celu zakwalifikowanie do danego klastra nie tylko w momencie kierowania pacjenta, ale również w momentach ponownej oceny i okresowo określać adekwatność przypisania. W praktyce oznacza to prowadzenie oceny i przypisywanie do danego klastra w następujących momentach:

- Na końcu początkowej oceny (typowo w trakcie dwóch kontaktów).
- W trakcie wszystkich zaplanowanych punktów oceny w ramach *Care Programme Approach (CPA)* lub w trakcie innych formalnych przeglądów opieki.
- W każdym innym momencie, w trakcie którego wprowadzenie znaczących zmiany w planie opieki wydaje się konieczne.

Mimo różnic pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, każdy z nich stosuje się do następujących podstawowych zasad opisanych w trzech krokach:

- Krok 1 – bazując na informacjach zebranych w trakcie procesu rutynowej oceny, należy ocenić zidentyfikowane indywidualne potrzeby stosując MHCT w wersji 5.0;
- Krok 2 – należy wykorzystać drzewo decyzyjne do podjęcia decyzji czy przejawiane potrzeby są na gruncie psychiatrycznym, niepsychiatrycznym lub organicznym;
- Krok 3 – należy skorzystać z siatki oceny w celu podjęcia decyzji co jest najbardziej odpowiednie stosując kolorowe klucze:
 - Należy zacząć od stopni w kolorze czerwonym, które wskazują na tym o poziom potrzeb, które muszą być adekwatne dla osoby przypisanej do tego klastra. Jeśli te oceny nie pasują, należy spróbować z kolejnym klastrem;
 - W kolejnym kroku należy rozważyć oceny w kolorze pomarańczowym, które reprezentują oczekiwane oceny. Można zaklasyfikować osobę do klastra z kategorii pomarańczowej nawet jeśli ocena nie pasuje dokładnie do siatki kolorów. Mimo to oznacza to słabe dopasowanie do danego klastra.
 - Na końcu należy przejrzeć żółte oceny, które odpowiadają ocenom, które mogą wystąpić. Te skale mają znacząco mniejszy wpływ na przydział do klastra, ale mogą wskazywać na potrzebę podjęcia dodatkowych interwencji w ramach planu opieki.

Każdego dnia praktycy podejmują decyzje o rozpoczęciu, zatrzymaniu, zwiększeniu lub zmniejszeniu natężenia podejmowanych interwencji. Decyzje te są podejmowane w zależności od stopnia złożoności i zależności pomiędzy różnymi czynnikami, ale przede wszystkim stanowią odpowiedź na potrzeby „użytkownika”. Aktualny model opisuje te indywidualnie oceniane potrzeby w spójny sposób, poprzez stosowanie narzędzia MHCT i wynikającym z niego zestawem klastrów opartych na potrzebach (*needs-based clusters*).

Dzięki temu klastry opisują grupy świadczeniobiorców o podobnych charakterystykach. Te grupy/klastry mogą być porównywane między sobą na wiele różnych sposobów włączając w to: natężenie potrzeb (*severity need*), złożoność potrzeb, ostrość, prawdopodobieństwo odpowiedzi na leczenie, przewidywany kierunek przebiegu choroby, itp.

Podczas gdy niektóre porównania mogą być mniej lub bardziej przydatne w określonych sytuacjach, cytowane zalecenia odnoszą się do całościowej oceny, która uwzględnia mieszankę wszystkich czynników i prowadzi do podjęcia decyzji o przesunięciu do wyższego lub niższego klastra.

Uważa się, że punkty, w których rozważa się czy zmiana klastra jest odpowiednia, nie powinny być arbitralne. Potrzeby świadczeniobiorców pasują do konkretnych klastrów tylko w określonych, kluczowych punktach przebiegu choroby i trwania procesu terapeutycznego. W trakcie oceny klinicznej dodatkowe czynniki muszą być brane pod uwagę zanim zostanie podjęta decyzja o zmianie klastra, a tym samym o zmianie zakresu opieki. Te czynniki opisywane są jako protokół zmiany zakresu opieki (*care transition protocols*) i zawierają kryteria zmiany klastra zarówno krok w dół, jaki i krok w górę. Tylko w przypadku gdy zestaw kryteriów został spełniony powinno się zmienić klaster na ten sugerowany przez narzędzie oceniające i przypisujące do danego klastra (*clustering tool ratings*). Protokoły zawierają również przykłady lokalnych kryteriów, w których w określonych okolicznościach świadczeniobiorcy mogą być całkowicie zwolnieni z opieki z zakresu zdrowia psychicznego.

Cytowane zalecenia dotyczące kryteriów zmiany opieki, dla każdego klastra definiują:

- Długość przez jaką świadczeniobiorcy z dużym prawdopodobieństwem będą korzystać ze świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej/psychologicznej;
- Częstość stosowania ponownych ocen określających poziom adekwatności przypisania do danego klastra;
- Prawdopodobieństwo każdej możliwej zmiany klastra.

W zaleceniach podjęto również próbę wizualizacji związku pomiędzy klastrami w kontekście intensywności, ostrości itd.

Mental health clustering tool (MHCT), version 5

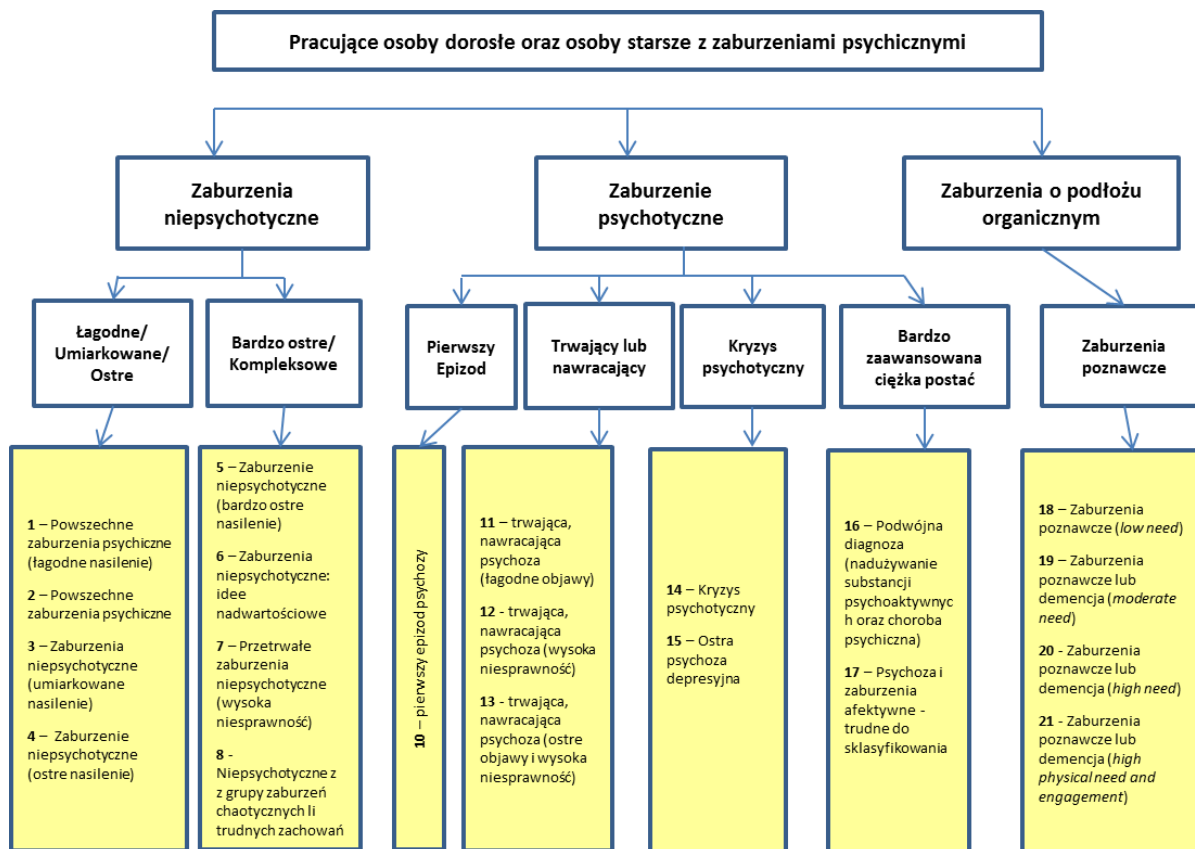
MHCT wciela pozycje z:

- *Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS)* – międzynarodowe narzędzie rozwinięte przez *the Royal College of Psychiatrists Research Unit (CRU)* mierzące wyniki zdrowotne oraz te związane z funkcjonowaniem społecznym w ramach udzielania świadczeń opieki z zakresu zdrowia psychicznego;
- *The Summary of Assessments of Risk and Need (SARN)* – narzędzie rozwinięte przez *Care pathways and Packages Project*, mające na celu pomoc w procesie ustalania klasyfikacji świadczeniobiorców ze względu na ich potrzeby, w celu udzielenie odpowiednich świadczeń.

MCHT składa się z dwóch części:

- Część pierwsza – zawiera skale odpowiadające ciężkości problemów doświadczanych przez daną osobę w ciągu dwóch tygodni poprzedzających ocenę;
- Część druga – zawiera skale które rozważają problemy z perspektywy historycznej. Dedykowana jest problemom, które występują epizodycznie lub w nieprzewidywalnych momentach.

Na poniższym schemacie przedstawiono drzewo decyzyjne pokazujące zależności pomiędzy poszczególnymi klastrami.



Rysunek 21. Drzewo decyzyjne ukazujące zależności pomiędzy klastrami.

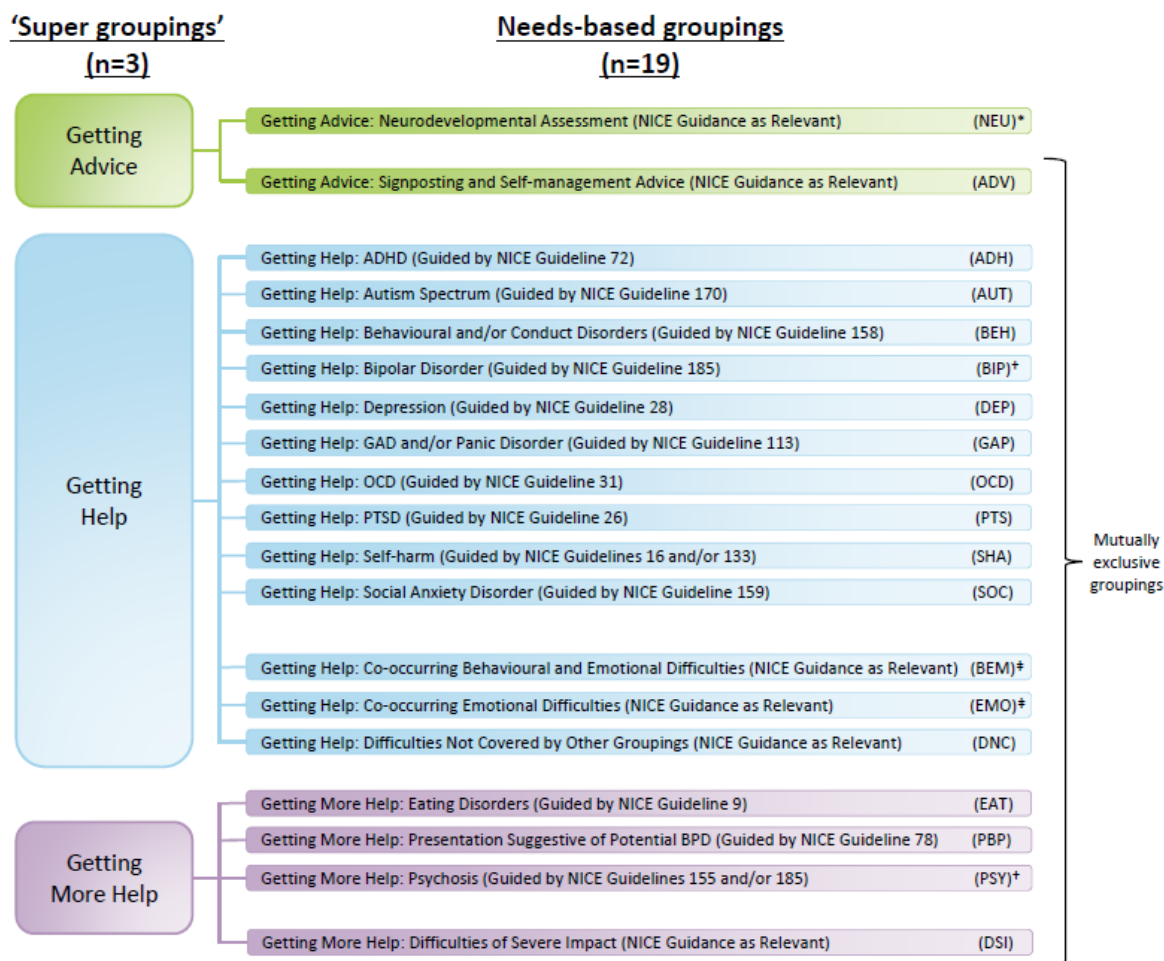
Źródło: opracowanie własne na podstawie (NHS ENGLAND and NHS Improvement, 2019)

Oprócz wymienionych powyżej klastrów istnieje również klaster „0”, który nie definiuje w jasny sposób osób, które powinny być przypisane do tej grupy. Klaster 9 pozostaje pusty (NHS ENGLAND and NHS Improvement, 2019).

W 2011 roku w Wielkiej Brytanii CAMHS (*The Child and Adolescent Mental Health Services*) rozpoczął prace nad udoskonaleniem systemu płatności, który wspierałby lepszą opiekę i lepsze wyniki zdrowotne u dzieci i młodych ludzi korzystających ze świadczeń związanych z zdrowiem psychicznym. W ostatecznym raporcie zaproponowane pogrupowanie dzieci i młodzieży poszukujących wsparcia psychicznego na główne grupy:

- potrzebujących porady (ang. *getting advice*),
- potrzebujących pomocy (ang. *getting help*),
- potrzebujących jeszcze więcej pomocy (ang. *getting more help*)

i na dalsze 19 grup opartych na potrzebach (Wolpert i inni, 2015).



Rysunek 22. Drzewo przedstawiające podział pacjentów 19 grup w oparciu o potrzeby.

Źródło: (Wolpert i inni, 2015).

Żeby trafić do grupy opartej na potrzebie poszukiwania porady/wsparcia, dziecko, młoda osoba i jej rodzina musi mieć stwierdzony maksymalnie 1 problem oceniony jako umiarkowany, żadnych powiązanych problemów ocenionych jako ciężkie i żadnych problemów ocenianych jako potencjalnie znaczące i trwałe (takie jak psychozy i zaburzenia odżywiania). Na tej podstawie uznano, że 28% epizodów opieki były rozważane jako potencjalnie pasujące do tej grupy (Wolpert i inni, 2015).

Żeby zostać przypisanym do grupy opartej na potrzebie poszukiwania pomocy, dziecko, młoda osoba i jej rodzina musi mieć znaczący problem oceniany jako umiarkowany lub cięższy, lub jeden problem oceniany jako ciężki. Na tej podstawie 60% epizodów opieki było rozważanych jako potencjalnie pasujących do tej grupy. Spośród nich około połowa (30% wszystkich epizodów) jest uznawana jako grupa, która potencjalnie może odnieść korzyści z interwencji opisanych w wytycznych NICE (przypisanych do tej grupy), podczas gdy druga połowa wpisuje się w część drzewa (powyższy rysunek) do grupy problemów współistniejących. Spośród nich ¼ jest przypisywana przez algorytm do grupy, która potencjalnie mogłaby skorzystać z interwencji opisanych w wytycznych NICE, podczas gdy pozostała część należy do ciężkich problemów nie opisanych przez NICE.

Żeby zostać przypisanym do grupy opartej na potrzebie poszukiwania większej ilości pomocy, dziecko, młoda osoba i jej rodzina muszą mieć stwierdzone trudności, które z dużym prawdopodobieństwem wskazują na potrzebę częstego korzystania z zasobów (np. zaburzenia odżywiania, objawy

psychotyczne). Na tej podstawie 10% epizodów opieki jest uznawana jako potencjalnie pasująca do tej grupy.

Ważnym wnioskiem z tego projektu było, że algorytm grupowania nie do końca odpowiada wykorzystaniu zasobów.

Systemy płatności usiłują uchwycić w bardziej komplementarny sposób obraz pracy wykonywanej przez klinicystów, a w następstwie koszt tej pracy, w celu rozwinięcia systemu umożliwiającego wybranie sposobu finansowania, tak jak np. w przypadku zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – opartego na potrzebach. Finalny raport, którego wyniki przedstawiono powyżej został opublikowany w 2015 roku. Liderem prac projektowych dotyczących sposobu finansowania była Miranda Wolpert, która jest równocześnie jednym z wiodących autorów modelu THRIVE. W związku z tym, że wyniki z projektu dotyczącego kosztów były powszechnie dostępne, a jedno z głównych autorów był zaangażowany w dwa projekty umożliwiło to lepsze wspieranie prac nad modelem THRIVE.

W 2014 roku przy współpracy *Anna Freud National Centre for Children and Families and the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* zostały opracowane ramy koncepcyjne dla CAMHS zwane modelem THRIVE. THRIVE to zintegrowane, skoncentrowane na osobie i na jej potrzebach podejście do świadczenia usług Zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i ich rodzin. Konceptualizuje potrzeby w 5 kategoriach:

- *Thriving* – rozumiany jako utrzymanie i promocja zdrowia psychicznego,
- *Getting Advice and Signposting* – uzyskiwanie porad i wskazówek,
- *Getting Help* – uzyskiwanie pomocy,
- *Getting More Help* – uzyskiwanie większej pomocy,
- *Getting Risk Support* – uzyskiwanie wsparcia w zakresie ryzyka.

W modelu tym nacisk kładzie się na zapobieganie, promowanie zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia. Dzieci, młodzież i ich rodziny są uprawnione poprzez aktywne zaangażowanie w podejmowanie decyzji dotyczących ich opieki, co ma zasadnicze znaczenie dla podejścia.

THRIVE Elaborated (2015) rozszerza ramy THRIVE. *THRIVE Elaborated: Second Edition* (2016) zawiera zaktualizowaną przedmowę, która odnosi się do krytyki i możliwości *THRIVE Framework*, badając, w jaki sposób, pomimo ewidentnego skupienia się na interwencjach zdrowia psychicznego dla młodych ludzi w placówkach opieki zdrowotnej. *THRIVE Framework* ma bogaty potencjał, gdy jest to traktowane jako współpraca wielu instytucji w zakresie zdrowia, edukacji, opieki społecznej i otoczenia społeczności. *THRIVE Framework dla zmian systemowych* (2019) to dostępne podsumowanie ram, które przekształcają wsparcie zdrowia psychicznego młodych ludzi i rodzin.

W rozwoju THRIVE modelu bardzo ważne były wyniki analizy danych gromadzonych przez *The Child Outcomes Research Consortium (CORC)*. W poniższej tabeli przedstawiono hipotetyczną konsumpcję zasobów przez pacjentów po zaimplementowaniu modelu THRIVE (Wolpert i inni, 2015).

Tabela 17 Hipotetyczna konsumpcja zasobów przez pacjentów po zaimplementowaniu modelu THRIVE

Grupa oparta na potrzebach	Hipotetyczny % epizodów	Hipotetyczna przeciętna liczba sesji	Hipotetyczne % zużycie zasobów (tylko bezpośrednie spotkania)	Hipotetyczne % całkowite zużycie zasobów
<i>Getting advice</i>	30%	3	10%	8%
<i>Getting Help</i>	60%	10	66%	56%
<i>Getting more help</i>	5%	30	16%	14%

Grupa oparta na potrzebach	Hipotetyczny % epizodów	Hipotetyczna przeciętna liczba sesji	Hipotetyczne % zużycie zasobów (tylko bezpośrednie spotkania)	Hipotetyczne % całkowite zużycie zasobów
<i>Getting risk support</i>	5%	15	8%	5%
<i>Thriving</i>	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	15%
łącznie	100%	9,2	100%	100%

Źródło: opracowano na podstawie (Wolpert i inni, 2015).

Po przeglądzie rozwiązań w innych krajach Perelman i wsp. zwracają uwagę, że stałe wynagrodzenie to brak „zachęty” do dyskryminowania pacjentów, a zarazem ograniczenie motywacji lekarza, co pociąga za sobą ryzyko niższej jakości świadczeń. Model płatności za usługę (ang. *fee-for-service*) motywuje lekarza do świadczenia lepszej opieki, ale może też zachęcać do świadczenia jej w nadmiarze w celu uzyskania wyższych dochodów. Stawka kapitacyjna, która przewiduje refundację na podstawie listy potencjalnych pacjentów, promuje efektywne wykorzystanie zasobów, jednak może prowadzić do selekcji osób w najlepszym stanie zdrowia i do niewystarczającego świadczenia usług. Płatność za pakiet, która przewiduje refundację dla świadczeniodawcy za leczenie zdiagnozowanych pacjentów przez określony czas bez względu na wykonywane świadczenia, stwarza zachętę podobną do tej w przypadku stawki kapitacyjnej. Wyjątkiem jest jedynie to, że nie zachęca do wybierania pacjentów w najlepszym stanie zdrowia ze względu na fakt, iż finansowane jest leczenie pacjenta z określonym schorzeniem. Metoda płatności za wykonaną usługę (ang. *payment for performance*) wprawdzie wynagradza wysokiej jakości opiekę, ale może sprzyjać koncentrowaniu się wyłącznie na wskaźnikach, a także na wyborze pacjentów, którzy z większym prawdopodobieństwem pomogą w osiągnięciu celów. Metoda *fee for service* cieszy się większym zaufaniem wśród pacjentów w stosunku do pozostałych metod, ponieważ pozwala ona poczuć pacjentowi, że jego zdrowie i dobrostan jest przez lekarza traktowany ponad kalkulacjami kosztów (Perelman, Chaves, Almeida, & Matias, 2018).

Ostatecznie w portugalskiej publikacji Perelman i wsp. proponują czterowymiarowy model związany z leczeniem i zapobieganiem schorzeniom psychicznym. Model ten obejmuje:

1. zapobieganie zaburzeniom psychicznym na wczesnych etapach życia,
2. wykrywanie zaburzeń psychicznych w dzieciństwie i okresie nastoletnim,
3. wdrożenie opartego na współpracy modelu walki z depresją,
4. zintegrowany model oparty na opiece środowiskowej dla osób z poważnymi schorzeniami psychicznymi.

Po pierwsze, zarekomendowano płatność za pakiet usług (ang. *bundled payment*) dla świadczeniodawców oferujących podstawową opiekę w przypadku kontynuacji leczenia dziecka o specjalnych potrzebach lub w grupie ryzyka do 2 roku życia.

Po drugie, zaproponowano płatność w modelu za wykonanie usługi (ang. *pay for performance scheme*) dla świadczeniodawców oferujących podstawową opiekę na podstawie liczby pacjentów poniżej 18 roku życia, który wymagają konsultacji kontrolnych.

Po trzecie, zaproponowano płatność w modelu za wykonanie usługi (ang. *pay for performance scheme*) dla wszystkich świadczeniodawców oferujących podstawową opiekę, na podstawie wdrożonego modelu stopniowanego opartego na współpracy w przypadku pacjentów z depresją.

Zaproponowano również płatność za pakiet usług w modelu opartym na wartości, z uwzględnieniem ryzyka w przypadku pacjentów z poważnymi schorzeniami psychicznymi (ang. *value-based risk-adjusted bundled payment*) (Perelman, Chaves, Almeida, & Matias, 2018).

2.5.Cenniki komercyjne

Nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży przewiduje dla ośrodków z I poziomu referencyjnego odpłatność za świadczenia w postaci miesięcznej stawki kapitałowej za pacjenta objętego opieką. Ośrodki świadczące usługi z zakresu psychologii komercyjnie nie stosują takiej formy rozliczania z pacjentem (zazwyczaj płatność dotyczy pojedynczej sesji terapeutycznej lub cyklu spotkań). Nie odnaleziono cenników komercyjnych odpowiadających wycenianym świadczeniom z I poziomu.

Istnieje niewiele ośrodków prowadzących działalność komercyjną w zakresie oddziału dziennego i stacjonarnego, odpowiadających II i III poziomowi z modelu. Odnaleziono jeden cennik komercyjny¹⁴ oparty na koszcie osobodnia: dla oddziału dziennego –165 zł, dla oddziałów ogólnopsychiatrycznych – 227 zł, przy czym świadczenia te nie są dedykowane dzieciom.

2.6.Uwagi do świadczenia

Nie otrzymano.

¹⁴ Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza. ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków źródło: http://tworki.eu/index.php?option=com_content&task=view&id=129&Itemid=205 data dostępu: 04.07.2019 r.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży, Agencja wystąpiła z wnioskami o przekazanie danych do świadczeniodawców (postępowanie nr 47).

Podstawę prawną dla przeprowadzonych działań stanowi art. 31 lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373z późn. zm.). Zasady postępowania Agencji w zakresie gromadzenia danych zostały określone w *Zarządzeniu Nr 59/2018 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 października 2018 r. w sprawie gromadzenia danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej od świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*¹⁵.

Wniosek o udostępnienie danych został wysłany do wszystkich świadczeniodawców, którzy w I półroczu 2018 roku realizowali świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla osób < 18 r.ż. (przynajmniej jedno świadczenie), w ramach określonych i opublikowanych na stronie AOTMiT¹⁶ kodów resortowych, a także kodów zakresów świadczeń wraz z kodami produktów rozliczeniowych.

Pozyskanie danych przebiegało w następujących etapach:

1. ogłoszenie o rozpoczęciu gromadzenia danych;
2. ogłoszenie listy podmiotów, do których Agencja wystąpi z wnioskiem o udostępnienie danych;
3. przygotowanie i przesłanie wniosków do wytypowanych podmiotów;
4. monitorowanie terminowości i zakresu udostępnionych danych.

W celu ułatwienia świadczeniodawcom dostępu do ogłoszonego postępowania, informację o wszczęciu procedury występowania do świadczeniodawców, została w dniu ogłoszenia komunikatu wysłana wiadomość na adresy mailowe podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia (do 233 świadczeniodawców realizujących zakres umowy opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży zgodnie z bazą umów otrzymaną z NFZ z I połowy 2018 roku). Ponadto do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przesłano prośbę o umieszczenie stosownych informacji na stronach internetowych instytucji oraz w przypadku NFZ o wykorzystanie wewnętrznego narzędzia komunikacji ze świadczeniodawcą (SZOI – System Zarządzania Obiegiem Informacji).

W postępowaniu były zbierane dane finansowo-księgowe o poniesionych kosztach oraz informacje niefinansowe o zasobach ludzkich z medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia za 2018 rok.

Ostateczny termin udostępnienia danych finansowo-księgowych został wyznaczony na dzień 31 maja 2019 r.

¹⁵ z wyłączeniem na podstawie § 4 ust. 3 zarządzenia postanowień: § 4 ust. 2 pkt 6) (w zakresie w jakim nakłada obowiązek ogłoszenia procedury zgodnie z załącznikiem nr 2 oraz w zakresie procesu przysyłania ankiet), ust. 2 pkt 10) (w zakresie wyboru podmiotów, które przesyłały ankietę).

¹⁶ <http://www.aotm.gov.pl/www/taryfikacja/taryfikowane-swiadczenia/postepowania-w-toku/47-op-psych-mlodziez/> (data dostępu: 1.07.2019 r.)

Szczegóły postępowania znajdują się w poniższych tabelach.

W wyniku przeprowadzonego postępowania pozyskano dane od 68% świadczeniodawców udzielających świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Tabela 18 Wielkość pozyskanej próby danych

Rodzaj danych	
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane	158
Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia	233
[%] świadczeniodawców pozyskanych do próby	68%

Źródło: opracowanie własne.

3.2. Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*. W uzasadnionych przypadkach, które zostały wskazane w dalszej części dokumentu, zastosowano odstępstwa od metodyki.

Analiza plików finansowo księgowych

Do 26.06.2019 r. zweryfikowano i zatwierdzono dane finansowo-księgowe przekazane w ramach postępowania nr 47 dla 218 OPK, pochodzące od 115 świadczeniodawców. Pozostałe dane nie zostały do czasu zamknięcia analiz skorygowane przez świadczeniodawców.

Dane z poszczególnych OPK podzielono na następujące kategorie:

- dane FK od podmiotów, które ze względu na dotychczasowy zakres udzielanych świadczeń (świadczenia psychologiczne) oraz zatrudniony personel (wyłącznie psychologzy) wpisują się w strukturę ośrodków, które mogłyby funkcjonować na I poziomie referencyjnym, tj. *Ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży*,
- dane FK od podmiotów, które ze względu na zatrudniony personel wpisują się w strukturę ośrodków, które mogłyby funkcjonować na II poziomie referencyjnym, tj. *Środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*, przy czym na potrzeby analizy wydzielono:
 - oddziały dzienne,
 - poradnie zdrowia psychicznego,
- dane FK od podmiotów, które udzielają świadczeń w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, stanowiących trzon funkcjonowania ośrodków na III poziomie referencyjnym, tj. *Ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej*.

Pliki FK z ośrodków będących oddziałami dziennymi, poradniami zdrowia psychicznego lub oddziałami stacjonarnymi analizowano osobno w związku z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia dotyczącą pozostawienia dotychczasowego sposobu finansowania świadczeń na II i na III poziomie referencyjnym, przy zmianie wartości renegocjowanych kontraktów zgodnie z wynikami wyceny przeprowadzonej przez AOTMiT. Renegocjacje umów zawartych ze świadczeniodawcami powinny dotyczyć podmiotów, które realizują umowy na poradnię zdrowia psychicznego, oddział dzienny lub oddział stacjonarny oraz dysponują możliwością spełnienia dodatkowych wymagań opisanych

w Załączniku nr 8 do projektowanego Rozporządzenia (pismo znak ZPP.074.23.2019.MS z 11.06.2019 r.).

Wśród przekazanych danych znajdują się również podmioty, które udzielają specjalistycznych świadczeń, np. z zakresu leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, tym samym nie wpisują się w żaden z poziomów nowego systemu opieki psychicznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży, a tym samym świadczenia te powinny być kontraktowane zgodnie z obowiązującymi zasadami. Mimo to, na potrzeby oszacowania średniego kosztu wynagrodzeń czy kosztu infrastruktury, dane FK pochodzące za takich OPK zostały uwzględnione w analizach. Z dalszych analiz wyłączono jedynie OPK z poradni/oddziałów stacjonarnych/oddziałów dziennych dla dorosłych.

Zestawienie dotyczące liczby OPK przypisanych do poszczególnych kategorii znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 19 Zestawienie liczby OPK przypisanych do poszczególnych OPK

Poziom referencyjny	Zakres udzielnych świadczeń ¹	Liczba przypisanych OPK
I poziom	Świadczenia psychologiczne (wyłącznie dla dzieci i młodzieży)	9+1(d) + 1 (poradnia logopedyczna) + 3 (leczenie uzależnień)
II poziom	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	89+8 (ZŁŚ) + 1(d) + 1(CZP) +11 (leczenie uzależnień) +17 (poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym)
	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	29 +1 OPK mieszany (OD+OS) + 2(d)
III poziom	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	28 +5(d) +2 (leczenie nerwic) +1 (leczenie uzależnień)
	Świadczenia w izbie przyjęć	3+4(d)
Pozostałe OPK	Hostel, pracownia EEG	1 (hostel)+ 1 (pracownia EEG)

¹ zakresy zgodne z załącznikiem nr 1 do Zarządzenia nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r; d – dla dorosłych; ZŁŚ – zespół leczenia środowiskowego; CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego; OD – oddział dzienny; OS –oddział stacjonarny

I poziom referencyjny – Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży

Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży będą finansowane w oparciu o zryczałtowaną miesięczną stawkę płaconą za każdego pacjenta, któremu udzielne są świadczenia¹⁷. W celu oszacowania rocznego kosztu funkcjonowania ośrodka przyjęto następujące założenia:

- zgodnie z treścią załącznika nr 8 do *Rozporządzenia* w skład zespołu terapeutycznego wchodzi:
 - psycholog (równoważnik co najmniej 1 etatu),
 - Specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 786 tj.), lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów.
 - Terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”

¹⁷ Zgodnie z ustaleniami z MZ i NFZ miesięczny ryczałt na pacjenta zostaje wypłacony, jeżeli pacjent skorzysta ze świadczenia min. raz na dwa miesiące.

włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, o którym mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2018 r. poz. 2153), zwana dalej terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży, lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży lub osoba z udokumentowanym doświadczeniem pracy środowiskowej z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej 1 etatu,

co daje minimalną liczbę 4 etatów;

- każdy z członków zespołu terapeutycznego pracuje w ciągu roku 214 dni (od 250 dni roboczych odjęto 26 dni urlopu i 10 dni na zwolnienia lekarskie),
- każdy z członków zespołu terapeutycznego jest w stanie odbyć maksymalnie 6 kontaktów terapeutycznych, rozumianych jako praca z pacjentem/klientem, niezależnie od przyjętej formy terapii i nurtu, w ciągu dnia,
- łączną liczbę kontaktów terapeutycznych w roku obliczono jako iloczyn członków zespołu (etatów), liczby dni pracy i liczby kontaktów terapeutycznych w ciągu dnia (5 136 kontaktów),
- średnią liczbę kontaktów terapeutycznych przypadających na pacjenta obliczono na 9, zgodnie z modelem THRIVE¹⁸,
- w związku z ograniczoną listą kategorii personelu jakie zbierane są w pliku FK, przyjęto, że wynagrodzenie każdego z członków zespołu będzie równe średniemu wynagrodzeniu psychologa, obliczonemu na podstawie przekazanych przez świadczeniodawców danych;
- średnie wynagrodzenie psychologa obliczono na podstawie danych FK (patrz: *Analiza kosztu średniego wynagrodzenia psychologa*);
- udział kosztu infrastruktury w rocznym koszcie funkcjonowania ośrodka obliczono na podstawie plików FK (patrz: *Analiza kosztów infrastruktury*).

Analiza średniego kosztu wynagrodzenia psychologa

Spośród 141 OPK stanowiących poradnię zdrowia psychicznego lub poradnię psychologiczną, do analizy przyjęto dane FK pochodzące z 136 OPK (wyłączono 2 poradnie psychologiczne dla dorosłych, 2 poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych i jedną poradnię logopedyczną).

Średnie miesięczne wynagrodzenie psychologa brutto (z uwzględnieniem kosztów pracodawcy) przeanalizowano osobno dla pracowników etatowych i tych zatrudnionych w oparciu o umowy cywilno-prawne. Do wyliczenia średniego wynagrodzenia w danym OPK nie wzięto pod uwagę wynagrodzeń, które nie spełniały zapisów art. 3.1 Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst ujednolicony opracowany na podstawie Dz. U. z 2017 r. poz. 1473, Dz. U. z 2018 r. poz. 1942), według którego podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Jako współczynnik pracy przyjęto wartość 1,05 dla grupy zawodowej nr 5,

¹⁸ 30% pacjentów, potrzebuje do 3 kontaktów, 60% pacjentów potrzebuje do 10 kontaktów, 5% pacjentów potrzebuje do 15 kontaktów, 5% pacjentów potrzebuje do 30 kontaktów.

tj. farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4 wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej, pomniejszone o potrącone od ubezpieczonych składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe oraz chorobowe w 2017 r. wyniosło 3 731,13 zł¹⁹. Tym samym płaca minimalna dla psychologa została wyliczona na poziomie:

- 6 653,76 zł brutto (z uwzględnieniem kosztów pracodawcy) dla pracowników etatowych,
- 6 166,60 zł brutto (z uwzględnieniem kosztów pracodawcy) dla pracowników zatrudnionych w oparciu o umowy cywilno-prawne.

Do wyliczenia średniego kosztu wynagrodzenia psychologa ostatecznie wykorzystano dane pochodzące z 64 OPK, dla których przekazane koszty zatrudnienia psychologów były nie niższe niż wyliczona płaca minimalna dla poszczególnych form zatrudnienia.

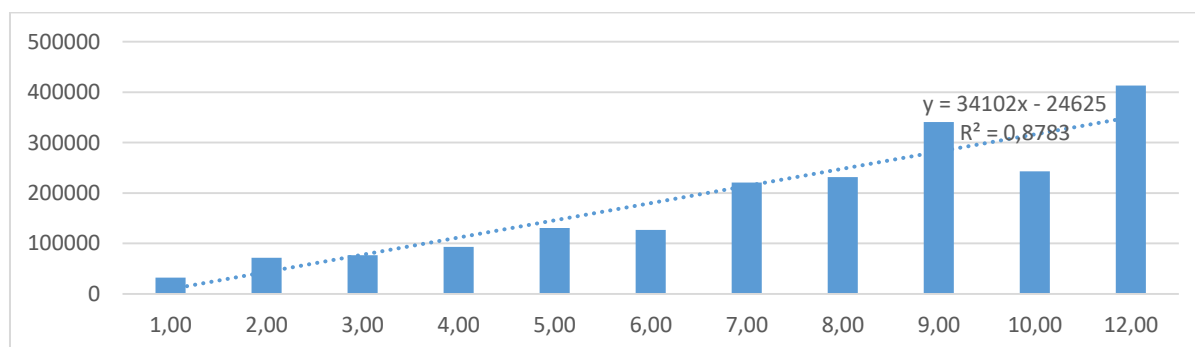
Tak oszacowane średnie miesięczne wynagrodzenie brutto uwzględniające koszt pracodawcy wynosi 8 742,81 zł.

Wyliczenia kosztu świadczenia z uwzględnieniem wszystkich wynagrodzeń przedstawiono w analizie wrażliwości.

Analiza kosztów infrastruktury

Spośród 141 OPK stanowiących poradnię zdrowia psychicznego lub poradnię psychologiczną, do analizy przyjęto dane FK pochodzące z 136 OPK (wyłączono 2 poradnie psychologiczne dla dorosłych, 2 poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych i jedną poradnię logopedyczną). Dane te przeanalizowano pod względem liczby personelu/etatów oraz kosztów infrastruktury (rozumianej jako koszty całkowite OPK pomniejszone o wynagrodzenia personelu, koszty leków, wyrobów medycznych i procedur). Ostatecznie do obliczeń przyjęto dane pochodzące z n=118 OPK (poradnie psychologiczne i poradnie zdrowia psychicznego, w których wykazano zatrudnienie przynajmniej na poziomie 0,5 w ciągu roku²⁰). Średni udział kosztów infrastruktury w kosztach całkowitych dla poradni psychologicznych i poradni zdrowia psychicznego wynosi 24,18%.

Na poniższym wykresie przedstawiono zależność pomiędzy średnim kosztem infrastruktury a liczbą etatów (z wyłączeniem etatów personelu niemedycego).



Rysunek 23. Zależność pomiędzy rocznymi kosztami infrastruktury a liczbą personelu zatrudnioną w ośrodku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych FK za 2018 rok.

¹⁹ Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 16 lutego 2018 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej w 2017 r. i w drugim półroczu 2017 r. (Monitor Polski z dn. 19.02.2018 r., poz. 197), data dostępu: 02.07.2019 r.

²⁰ Niektórzy świadczeniodawcy przekazywali dane dotyczące kilku OPK. Zerowe etaty personelu mogą wynikać z przypisania kosztu wynagrodzenia do innego OPK, mimo że danych członków personelu udziela świadczeń na rzecz analizowanego OPK. Z tego względu tych danych nie uwzględniano w analizie.

Można zaobserwować, że średni roczny koszt infrastruktury zasadniczo wzrasta wraz z liczbą zatrudnionego personelu. Wyniki dla kosztu świadczenia z wykorzystaniem powyższych wyliczeń przedstawiono w analizie wrażliwości.

Oszacowanie kosztu świadczenia

Przy przyjęciu powyższych założeń roczny koszt funkcjonowania „podstawowego” ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży (czyli ośrodka w którym zespół terapeutyczny pracuje na 4 etaty) obliczono na 553 488,37 zł.

Biorąc pod uwagę opisane powyżej założenia dotyczące średniej liczby kontaktów przypadających na pacjenta oraz maksymalnej liczby kontaktów terapeutycznych w ciągu roku, należy przyjąć, że rocznie pod opieką ośrodka może znajdować się 561 osób.

W związku z tym zryczałtowaną stawkę miesięczną przypadającą na pacjenta będącego pod opieką ośrodka można obliczyć jako iloraz rocznego kosztu jego funkcjonowania i liczby pacjentów jaką może objąć opieką w tym okresie.

Tak obliczona stawka wynosi: **82,17 zł**.

II poziom referencyjny – Środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

Oddziały dzienne

Pierwotnie analizie poddano dane FK pochodzące z 29 OPK będących oddziałami dziennymi. Z dalszej analizy wykluczono dane FK z 5 OPK (2 OPK dotyczyły oddziałów dla osób dorosłych, dla 2 OPK nie przypisano kosztów wynagrodzenia personelu, dla 1 OPK nie przypisano kosztów wynagrodzeń personelu lekarskiego). Dla każdego z OPK analizowano wysokość kosztów całkowitych, przychodów całkowitych i przychodów z NFZ. W celu zweryfikowania przychodów z NFZ, kwoty przekazane przez świadczeniodawców w pliku FK, zweryfikowano z danymi przekazanymi w TAB2²¹, danymi rozliczeniowymi z bazy NFZ i dodatkowo porównano z kwotą kontraktu na 2018 rok, pochodzącą z *Informatora o zawartych umowach*²². Dane pochodzące z 3 OPK wyłączono z dalszej analizy ze względu na znaczne rozbieżności w sprawozdawanych danych. Dodatkowo z dalszej analizy wykluczono dane FK od podmiotu, który przekazał kilka OPK – porównanie danych z kilku miejsc powstawania kosztów sugeruje złą alokację kosztów. Ostatecznie wyliczenia przeprowadzono na danych pochodzących z 20 OPK (przy uproszczeniu, że 1 OPK oznacza jeden oddział, w analizie uwzględniono dane pochodzące od 52% świadczeniodawców). Szczegółowe dane przedstawiono w poniższej tabeli.

²¹ Jedną z tabel pliku finansowo-księgowego zawierającą dane na temat ilości zrealizowanych produktów dla medycznych OPKów.

²² <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/> data dostępu: 2.07.2019 r.

Tabela 20 Analiza kosztów i przychodów OPK będących oddziałami dziennymi dla dzieci i młodzieży

Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa OPK	Koszty całkowite	Przychody całkowite	Przychody NFZ	Średnia cena punktu	Udział przychodów NFZ w kosztach całkowitych	Udział przychodów całkowitych w kosztach całkowitych
[REDACTED]	[REDACTED]	499 220,20 zł	359 112,10 zł	330 711,00 zł	10,00	66,25%	71,93%
[REDACTED]	[REDACTED]	247 827,07 zł	164 704,59 zł	150 848,35 zł	10,10	61%	66%
[REDACTED]	[REDACTED]	295 361,35 zł	546 460,47 zł	529 632,01 zł	12,10	179,32%	185,01%
[REDACTED]	[REDACTED]	179 779,65 zł	165 452,82 zł	153 913,30 zł	10,00	85,61%	92,03%
[REDACTED]	[REDACTED]	1 254 547,82 zł	847 892,54 zł	794 814,60 zł	9,00	63%	68%
[REDACTED]	[REDACTED]	545 418,03 zł	310 810,23 zł	310 810,23 zł	10,50	56,99%	56,99%
[REDACTED]	[REDACTED]	962 477,04 zł	715 690,28 zł	649 564,28 zł	10,50	67,49%	74,36%
[REDACTED]	[REDACTED]	588 704,26 zł	428 246,28 zł	372 234,08 zł	10,5	63,23%	72,74%
[REDACTED]	[REDACTED]	888 305,35 zł	933 469,22 zł	806 459,01 zł	10,5	90,79%	105,08%
[REDACTED]	[REDACTED]	644 609,88 zł	783 309,20 zł	733 085,80 zł	10	113,73%	121,52%
[REDACTED]	[REDACTED]	534 120,42 zł	604 835,61 zł	604 835,61 zł	10	113%	113%
[REDACTED]	[REDACTED]	328 717,58 zł	254 209,00 zł	249 550,00 zł	10	75,92%	77%

Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa OPK	Koszty całkowite	Przychody całkowite	Przychody NFZ	Średnia cena punktu	Udział przychodów NFZ w kosztach całkowitych	Udział przychodów całkowitych w kosztach całkowitych
[REDACTED]	[REDACTED]	249 183,00 zł	260 188,69 zł	260 188,69 zł	11	104,42%	104%
[REDACTED]	[REDACTED]	637 890,80 zł	813 632,14 zł	730 824,48 zł	13	114,57%	128%
[REDACTED]	[REDACTED]	1 118 243,67 zł	1 341 758,21 zł	1 172 830,64 zł	13	104,88%	120%
[REDACTED]	[REDACTED]	1 073 402,80 zł	832 723,73 zł	829 017,46 zł	13	77,23%	78%
[REDACTED]	[REDACTED]	719 942,89 zł	613 078,27 zł	483 467,67 zł	13	67,15%	85%
[REDACTED]	[REDACTED]	954 248,73 zł	794 207,66 zł	723 160,35 zł	12	75,78%	83%
[REDACTED]	[REDACTED]	92 202,74 zł	102 288,50 zł	102 288,50 zł	10	110,94%	111%
[REDACTED]	[REDACTED]	1 984 533,76 zł	1 926 585,49 zł	1 554 559,98 zł	9	78,33%	97%

Spośród analizowanych oddziałów dziennych, w przypadku 7 przychody z NFZ pokrywają koszty całkowite działalności (przychody przewyższają koszty o 4%–13%, a nawet 79% w przypadku jednego oddziału). Dla pozostałych oddziałów przychody NFZ pokrywają od 57% do 91% kosztów.

W przypadku 8 oddziałów przychody całkowite pokrywają koszty całkowite działalności, przy czym dla 3 przychody NFZ są równe kosztom całkowitym – dla 5 oddziałów przychody całkowite przewyższają koszty całkowite o 5%–28%, a nawet 85% w przypadku jednego oddziału).

Uwzględniając dane zarówno od oddziałów, dla których przychody przewyższają koszty, jak i pokrywają tylko ich część, średni poziom niedofinansowania wynosi 11,5%.

Ponieważ jednostką rozliczeniową na oddziałach dziennych jest osobodzień, analizie poddano również średni koszt osobodnia i porównano go ze średnią wartością refundacji za osobodzień (141,28 zł²³). Dla jednego spośród analizowanych OPK świadczeniodawca nie przekazał liczby zrealizowanych osobodni i dla niego nie było możliwe obliczenie kosztu osobodnia. Dla pozostałych oddziałów średni koszt osobodnia (po odcięciu wartości odstających) oszacowano na 159,99 zł. Średni koszt osobodnia jest o 13% wyższy w stosunku do kwoty refundacji za osobodzień, jaką płaci NFZ.

Różnica w oszacowaniu procentowym niedoszacowania, wynika z tego, że w koszcie osobodnia uwzględniono dodatkowo koszt amortyzacji, a średnią kwotę refundacji obliczono na podstawie średniej wartości punktu dla wszystkich świadczeniodawców.

Obecnie w oddziale dziennym świadczenia można rozliczać za pomocą 3 produktów rozliczeniowych. W poniższej tabeli przedstawiono wagę punktową produktów rozliczeniowych przy uwzględnieniu wzrostu wartości odpowiednio o 11,5% i 13%.

Tabela 21 Waga punktowa produktów rozliczeniowych z zakresu świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży przy uwzględnieniu wzrostu wartości odpowiednio o 11,5% i 13%

Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Jednostka sprawozdawana	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych ²⁴	Nowa waga punktowa produktów rozliczeniowych (+11,5%)	Nowa waga punktowa produktów rozliczeniowych (+13%)
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000207	osobodzień na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży	osobodzień	punkt	13,73	15,31	15,51
	5.15.12.0000208	osobodzień na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu			9,61	10,72	10,86
	5.15.12.0000303	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (ODR)			13,73	15,31	15,51

²³ W 2018 roku świadczeń z zakresu świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży udzielało 38 świadczeniodawców, a średnia wartość punktu wyniosła 10,29 zł (min. 7,20 zł, max. 12,5 zł).

²⁴ Waga punktowa określona w Zarządzeniu nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Poradnie zdrowia psychicznego

Podobną analizę jak dla opisanych powyżej oddziałów dziennych przeprowadzono dla poradni zdrowia psychicznego, które udzielają świadczeń w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, przy czym dodatkowo wykluczono OPK, dla których średnie miesięczne wynagrodzenie psychologa nie spełniało warunku minimalnej płacy zasadniczej. Do obliczeń wykorzystano dane pochodzące z 52 OPK. Średnio dla tych poradni przychody z NFZ pokrywają 91% kosztów. Można zatem stwierdzić, że średni poziom niedofinansowania wynosi 9%.

Obecnie w oddziale dziennym świadczenia można rozliczać za pomocą 14 produktów rozliczeniowych. W poniższej tabeli przedstawiono wagę punktową produktów rozliczeniowych przy uwzględnieniu wzrostu wartości o 9%.

Tabela 22 Waga punktową produktów rozliczeniowych z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży przy uwzględnieniu wzrostu wartości o 9%

Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Jednostka sprawozdawana	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktową produktów rozliczeniowych ²⁵	Nowa waga punktową produktów rozliczeniowych (+9%)
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000136	porada lekarska diagnostyczna	punkt	punkt	13,73	14,97
	5.15.12.0000137	porada lekarska terapeutyczna			6,86	7,48
	5.15.12.0000138	porada kontrolna			3,43	3,74
	5.15.12.0000139	porada psychologiczna diagnostyczna			13,73	14,97
	5.15.12.0000260	porada psychologiczna			9,15	9,97
	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę			16,02	17,46
	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty			11,44	12,47
	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)			4,58	4,99
	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)			3,43	3,74
	5.15.12.0000311	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (amb.)			3,43	3,74
	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)			1,72	1,87
	5.15.12.0000135	wizyta / porada domowa / środowiskowa			15,60	17,00
	5.15.22.0000011	porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym *			11,44	12,47
	5.15.22.0000012	program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym *			9,15	9,97

W analizowanych danych FK znalazł się również 1 OPK dla zespołu leczenia środowiskowego. W 2018 roku w Polsce działało 40 świadczeniodawców, którzy w ramach zakresu leczenia środowiskowe (domowe) udzielali świadczeń dzieciom i młodzieży. Ze względu na niewielką liczbę

²⁵ Waga punktową na określona w Zarządzeniu nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

danych nie można wyciągać wniosków dotyczących poziomu niedoszacowania świadczeń z zakresu leczenia środowiskowego (domowego). Biorąc jednak pod uwagę, że tego typu placówki wpisują się w II poziom referencyjny nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, a także, że dane te były włączane do analizy dotyczącej poziomu wynagrodzenia psychologów i średniego kosztu infrastruktury placówek, które mogłyby funkcjonować na II poziomie referencyjnym, można przyjąć, że poziom niedoszacowania wynosi analogicznie 9%. W poniższej tabeli zestawiono porównywalne produkty z zakresu świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych dla dzieci ze świadczeniami z zakresu leczenia środowiskowego. Dodatkowo w ostatniej kolumnie przedstawiono nową wagę punktową produktów rozliczeniowych z zakresu leczenia środowiskowego, uwzględniającą 9% wzrost.

Tabela 23 Porównanie produktów rozliczeniowych realizowanych w zakresach świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży i leczenie środowiskowe(domowe)

Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży				Leczenie środowiskowe (domowe)				
Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu	Wartość punktowa	Wartość w PLN	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu	Wartość punktowa ²⁶	Wartość w PLN	Nowa wartość punktowa (+9%)
nd	nd	nd	nd	5.15.12.0000261	wizyta / porada domowa/ środowiskowa miejscowa	18,20	166,71 zł	19,84
nd	nd	nd	nd	5.15.12.0000262	wizyta / porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa	23,40	214,34 zł	25,51
nd	nd	nd	nd	5.15.12.0000263	wizyta terapeuty środowiskowego	3,90	35,72 zł	4,25
5.15.12.0000136	porada lekarska diagnostyczna	13,73	125,08 zł	5.15.12.0000149	porada lekarska diagnostyczna	11,70	107,17 zł	12,75
5.15.12.0000137	porada lekarska terapeutyczna	6,86	62,49 zł	5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna	7,80	71,45 zł	8,50
5.15.12.0000138	porada kontrolna	3,43	31,25 zł	5.15.12.0000258	porada kontrolna	3,90	35,72 zł	4,25
5.15.12.0000139	porada psychologiczna diagnostyczna	13,73	125,08 zł	5.15.12.0000127	porada psychologiczna diagnostyczna	11,70	107,17 zł	12,75
5.15.12.0000260	porada psychologiczna	9,15	83,36 zł	5.15.12.0000259	porada psychologiczna	10,40	95,26 zł	11,34
5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę	16,02	145,91 zł	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	18,20	166,71 zł	19,84
5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	11,44	104,22 zł	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	13,00	119,08 zł	14,17
5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	4,58	41,69 zł	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	5,20	47,63 zł	5,67
5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)	3,43	31,27 zł	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	3,90	35,72 zł	4,25
5.15.12.0000311	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (amb.)	3,43	31,27 zł	5.15.12.0000312	turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi (l.środ.)	3,90	35,72 zł	4,25
5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	1,72	15,63 zł	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	1,96	17,91 zł	2,13
5.15.12.0000135	wizyta / porada domowa/ środowiskowa	15,60	142,12 zł	nd	nd	nd	nd	nd
5.15.22.0000011	porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym *	11,44	104,22 zł	nd	nd	nd	nd	nd
5.15.22.0000012	program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym *	9,15	83,36 zł	nd	nd	nd	nd	nd

²⁶ Waga punktowa na określona w Zarządzeniu nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

III poziom referencyjny – Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej

Pierwotnie analizie poddano dane FK pochodzące z 28 OPK. Nie analizowano danych z OPK będących oddziałami dla dorosłych, oddziałami leczenia uzależnień lub nerwic, w związku z tym, że świadczenia są tam rozliczane z wykorzystaniem odrębnych produktów rozliczeniowych. Z dalszych obliczeń wyłączono również 3 OPK, które stanowiły oddziały dla dorosłych (świadczenia dla dorosłych stanowiły zdecydowanie większą część świadczeń niż świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży) oraz 1 OPK, dla którego zaobserwowano duże rozbieżności pomiędzy danymi przekazanymi w TAB 2, danymi sprawozdawczymi NFZ i kontraktu na 2018 rok, pochodzącą z *Informatora o zawartych umowach*. Ostatecznie wyliczenia przeprowadzono na danych pochodzących z 24 OPK (przy uproszczeniu, że 1 OPK oznacza jeden oddział, w analizie uwzględniono dane pochodzące o 71% świadczeniodawców).

Wyniki analizy przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 24 Analiza kosztów i przychodów OPK będących oddziałami stacjonarnymi dla dzieci i młodzieży

Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa OPK	Koszty całkowite	Przychody całkowite	Przychody NFZ	Średnia cena punktu	Udział przychodów NFZ w kosztach całkowitych	Udział przychodów NFZ w kosztach całkowitych
		427 341,28 zł	142 590,97 zł	142 590,97 zł	13,07 zł	33,37%	33,37%
		1 258 966,54 zł	1 346 275,72 zł	1 270 357,01 zł	14,03 zł	100,90%	106,93%
		2 026 809,98 zł	1 873 444,76 zł	1 663 311,67 zł	13 zł	82,07%	92,43%
		2 204 300,51 zł	1 928 135,15 zł	1 583 323,95 zł	14,63 zł	71,83%	87,47%
		2 695 457,45 zł	2 310 477,72 zł	1 960 046,22 zł	13,8 zł	72,72%	85,72%
		2 035 137,47 zł	2 417 808,79 zł	2 141 756,77 zł	15 zł	105,24%	118,80%
		4 360 667,24 zł	3 993 992,64 zł	2 909 537,12 zł	14 zł	66,72%	91,59%
		2 758 388,65 zł	2 442 601,78 zł	2 070 123,41 zł	12 zł	75,05%	88,55%
		2 499 070,25 zł	2 927 552,27 zł	2 543 249,35 zł	14,29 zł	101,77%	117,15%
		5 545 544,31 zł	5 729 790,45 zł	4 431 347,00 zł	12 zł	79,91%	103,32%
		3 543 119,27 zł	3 573 887,95 zł	2 834 569,33 zł	14 zł	80,00%	100,87%
		1 931 934,78 zł	1 523 417,51 zł	1 316 242,58 zł	11,66 zł	68,13%	78,85%
		1 956 508,48 zł	1 898 993,09 zł	1 721 185,49 zł	14,8 zł	87,97%	97,06%
		3 222 080,15 zł	1 911 471,58 zł	1 281 859,22 zł	11,5 zł	39,78%	59,32%
		3 384 968,72 zł	3 353 414,95 zł	2 723 630,69 zł	11,5 zł	80,46%	99,07%
		2 384 235,12 zł	2 101 677,88 zł	1 646 814,00 zł	13 zł	69,07%	88,15%

Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa OPK	Koszty całkowite	Przychody całkowite	Przychody NFZ	Średnia cena punktu	Udział przychodów NFZ w kosztach całkowitych	Udział przychodów NFZ w kosztach całkowitych
[REDACTED]	[REDACTED]	2 933 801,79 zł	2 661 637,78 zł	2 401 532,07 zł	12,6 zł	81,86%	90,72%
[REDACTED]	[REDACTED]	2 709 795,65 zł	3 272 409,44 zł	3 272 409,44 zł	15 zł	120,76%	120,76%
[REDACTED]	[REDACTED]	2 587 837,25 zł	2 496 108,04 zł	1 821 294,04 zł	12,6 zł	70,38%	96,46%
[REDACTED]	[REDACTED]	1 725 815,73 zł	1 834 176,19 zł	1 755 652,99 zł	12 zł	101,73%	106,28%
[REDACTED]	[REDACTED]	4 628 965,84 zł	3 562 265,23 zł	2 815 670,16 zł	14 zł	60,83%	76,96%
[REDACTED]	[REDACTED]	5 135 165,81 zł	4 073 371,55 zł	3 078 484,97 zł	14 zł	59,95%	79,32%
[REDACTED]	[REDACTED]	2 235 800,22 zł	1 934 061,09 zł	1 718 478,59 zł	13 zł	76,86%	86,50%
[REDACTED]	[REDACTED]	3 156 002,14 zł	2 706 189,11 zł	2 393 767,94 zł	13 zł	75,85%	85,75%

Spośród analizowanych oddziałów stacjonarnych, w przypadku 5 przychody z NFZ pokrywają koszty całkowite działalności (przychody przewyższają koszty o 0,9%–5%, a nawet 20% w przypadku jednego oddziału). Dla pozostałych oddziałów przychody NFZ pokrywają od 33% do 88% kosztów.

W przypadku 7 oddziałów przychody całkowite pokrywają koszty całkowite działalności, przy czym dla 1 przychody NFZ są równe kosztom całkowitym – dla 6 oddziałów przychody całkowite przewyższają koszty całkowite o 0,89%–18,8%).

Uwzględniając dane zarówno od oddziałów, dla których przychody przewyższają koszty, jak i pokrywają tylko ich część, średni poziom niedofinansowania wynosi 22,37%.

Ponieważ jednostką rozliczeniową na oddziałach stacjonarnych jest osobodzień, analizie poddano również średni koszt osobodnia z tych samych oddziałów i porównano go ze średnią wartością refundacji za osobodzień (254,22 zł²⁷).

Średni koszt osobodnia (po odcięciu wartości odstających) oszacowano na 310,15 zł. Średni koszt osobodnia jest o 22% wyższy w stosunku do kwoty refundacji za osobodzień, jaką płaci NFZ.

Niewielka różnica w oszacowaniu procentowym niedoszacowania wynika z tego, że w koszcie osobodnia uwzględniono dodatkowo koszt amortyzacji, odcięto wartości skrajne, a średnią kwotę refundacji obliczono na podstawie średniej wartości punktu dla wszystkich świadczeniodawców.

Obecnie w oddziale dziennym świadczenia można rozliczać za pomocą 3 produktów rozliczeniowych. W poniższej tabeli przedstawiono wagę punktową produktów rozliczeniowych przy uwzględnieniu wzrostu wartości odpowiednio o 22% i 22,37%.

Tabela 25 Waga punktowa produktów rozliczeniowych z zakresu świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży przy uwzględnieniu wzrostu wartości odpowiednio o 22,00% i 22,37%

Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Jednostka sprawozdawcza	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych ²⁸	Nowa waga punktowa produktów rozliczeniowych (+22,00%)	Nowa waga punktowa produktów rozliczeniowych (+22,37%)
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000160	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	osobodzień	punkt	18,72	22,84	22,91
	5.15.12.0000161	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - przepustka	osobodzień	punkt	13,10	15,99	16,04
	5.15.12.0000162	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu	osobodzień	punkt	13,10	15,99	16,04
	5.15.12.0000163	osobodzień w oddziale	osobodzień	punkt	9,36	11,42	11,45

²⁷ W 2018 roku świadczeń z zakresu świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielało 34 świadczeniodawców. Średnia wartość punktu dla tego zakresu wynosiła 13,58 zł (min. 11,50, max. 15,50 zł).

²⁸ Waga punktowa na określona w Zarządzeniu nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Jednostka sprawozdawcza	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych ²⁸	Nowa waga punktowa produktów rozliczeniowych (+22,00%)	Nowa waga punktowa produktów rozliczeniowych (+22,37%)
		psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,5 - przepustka podczas pobytu ponad standard czasu					
	5.15.12.0000291	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi	osobodzień	punkt	18,72	22,84	22,91
	5.15.12.0000274	leczenie elektrowstrząsam i chorych z zaburzeniami psychicznymi *	osobodzień	punkt	22,88	27,91	28,00

3.3. Analiza wrażliwości

W celu zbadania wpływu niepewnych parametrów na wynik analizy kosztów świadczeń udzielanych w Ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży, tj. na I poziomie referencyjnym, została przeprowadzona deterministyczna jednokierunkowa analiza wrażliwości. Zestawienie badanych parametrów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 26 Zestawienie parametrów analizy kosztów w ramach analizy wrażliwości (dla ośrodków z I poziomu referencyjnego)

Scenariusz	Parametr	Wartość parametru	Źródło	Uzasadnienie
A	Stawka wynagrodzenia psychologa	6 324,17 zł brutto z uwzględnieniem kosztów pracodawcy / miesiąc	Dane FK za 2018 rok	Wynagrodzenia psychologa wyliczone na podstawie danych z OPK z zatrudnieniem powyżej 0,5 etatu psychologa (bez odcięć poniżej minimalnego wynagrodzenia)
B	Koszt infrastruktury	Zmienna w zależności od liczby personelu zgodnie z modelem regresji (obliczenia dotyczą 4–30 etatów, wyniki przedstawiono dla wartości skrajnych: B1 – 4 etaty, B2 – 30 etatów)	Dane FK za 2018 rok	Na podstawie danych FK opracowano model regresji, który pozwala na oszacowanie kosztów całkowitych ośrodka w zależności od liczby personelu (model nie uwzględnia kosztów personelu niemedycznego). Z przeprowadzonej analizy wynika, że istnieje zależność między kosztem infrastruktury, a liczbą zatrudnionego personelu (porównaj Rysunek 23. <i>Zależność pomiędzy rocznymi kosztami infrastruktury a liczbą personelu zatrudnioną w ośrodku.</i>).
C	Liczba kontaktów terapeutycznych	5	Opinie eksperckie	Eksperti na podstawie własnych doświadczeń wskazywali, że optymalna liczba kontaktów

Scenariusz	Parametr	Wartość parametru	Źródło	Uzasadnienie
	przypadająca na 1 psychologa na 1 dzień			terapeutycznych przypadająca na 1 członka zespołu terapeutycznego na 1 dzień wynosi 5.
D	Liczba pacjentów objętych opieką w roku	199 pacjentów objętych opieką w roku w poradni zatrudniającej 4 członków zespołu terapeutycznego	Opinie eksperckie oparte o model THRIVE oraz rekomendacje NICE i APA, dotyczące leczenia pacjentów z problemami psychicznymi w wieku rozwojowym	Wariant ekspercki uwzględnia średnio 32,625 godzin pracy z pacjentem i jego rodziną, co determinuje oszacowanie na poziomie 199 liczby pacjentów objętych opieką w roku w poradni zatrudniającej 4 członków zespołu terapeutycznego. Oszacowana liczba godzin uwzględnia: - przynajmniej 3 spotkania diagnostyczne po 1,5 h, przy czym łączny czas jest nie mniejszy niż 10 godzin; - 10 1,5-godzinnych sesji z rodzicami - średnio 9 kontaktów terapeutycznych z pacjentem zgodnie z wynikami przyjętymi w oparciu o model THRIVE

NICE – National Institute for Health and Care Excellence, APA – American Psychiatric Association

Źródło: opracowanie własne

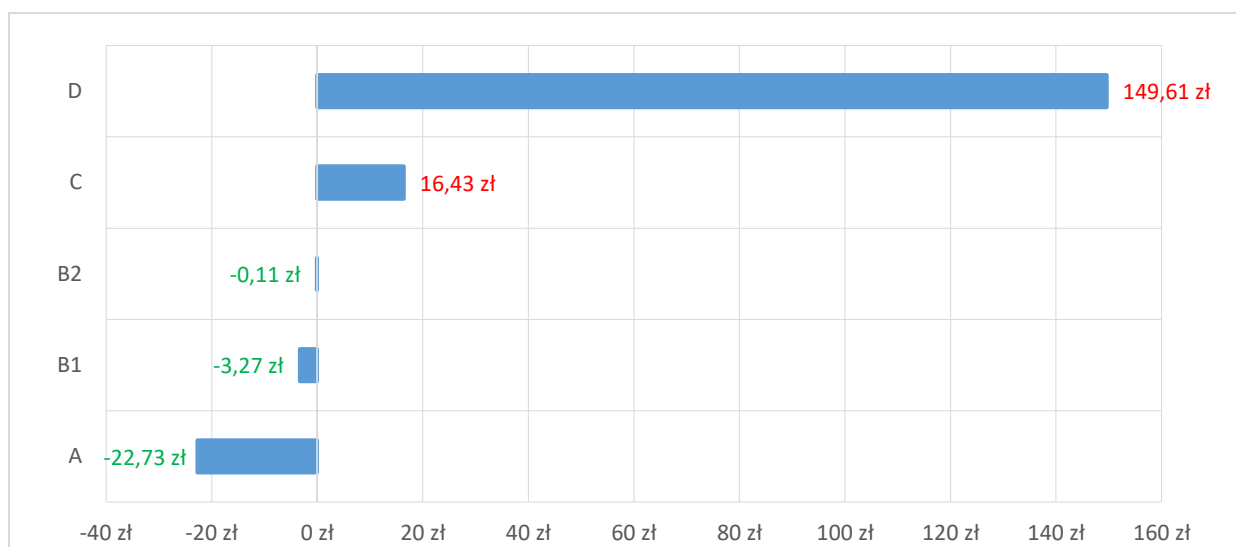
W poniższej tabeli zestawiono wyniki analizy wrażliwości dla badanych parametrów.

Tabela 27 Wyniki analizy wrażliwości dla ośrodków z I poziomu referencyjnego

Scenariusz	Wynik analizy kosztów	Różnica względem wyniku dla analizy podstawowej [%]
A	59,44 zł	-27,66%
B1	78,90 zł	-3,98%
B2	82,07 zł	-0,13%
C	98,61 zł	+20,00%
D	231,78 zł	+182,07%

Źródło: opracowanie własne.

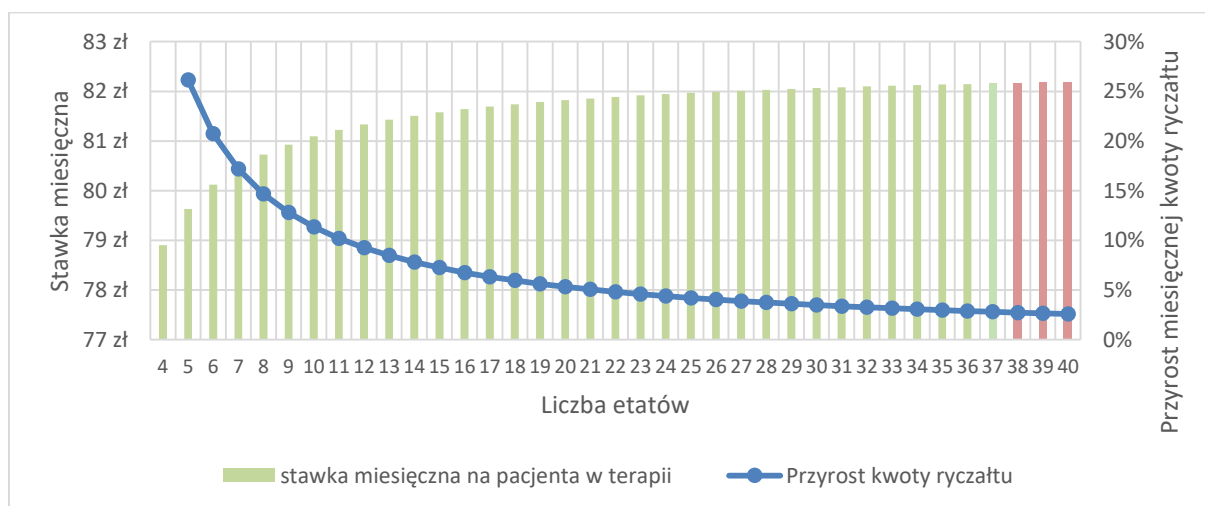
Analiza wrażliwości wskazuje na silną odwrotną zależność między liczbą pacjentów objętych opieką w roku a miesięcznym ryczałtem za jednego pacjenta. Przy przyjętych w modelu D parametrach prowadzących do zmniejszenia liczby pacjentów o 64,5% względem założeń przyjętych w podstawowej analizie kosztów różnica względem wyjściowego wyniku wyniosła 182,07%. Najniższy wynik analizy kosztów (różnica -27,66% względem wyniku dla analizy podstawowej) osiągnięto w modelu A, w którym badany parametr – wynagrodzenie psychologa – przyjęto na poziomie 6 324,17 zł brutto z uwzględnieniem kosztów pracodawcy/miesiąc. Poniżej przedstawiono w sposób graficzny wyniki analizy wrażliwości.



Rysunek 24. Graficzne przedstawienie wyników analizy wrażliwości.

Źródło: Opracowanie własne.

Opracowany na podstawie danych FK model regresji, który został wykorzystany w scenariuszu B analizy wrażliwości, pozwala na oszacowanie kosztów całkowitych ośrodka w zależności od liczby personelu (model nie uwzględnia kosztów personelu niemedycego). Przy założeniu niezmienności pozostałych parametrów rozpatrywanych w innych scenariuszach, wynik analizy wrażliwości zmienia się od 78,90 zł (-3,98% od wyniku podstawowego; scenariusz B1 dla 4 etatów członków zespołu terapeutycznego) do 82,07 zł (-0,13% od wyniku podstawowego; scenariusz B2 – dla 30 etatów). Wynika z tego, że przy przyjęciu wyceny z podstawowej analizy kosztów ośrodki z I poziomu referencyjnego powinny mieć zapewnione środki na prowadzenie statusowej działalności. Ze względu na nieliniowy przyrost rocznej kwoty ryczałtu dopiero ośrodki zatrudniające więcej niż 37 członków zespołów terapeutycznych uzyskują przychód z NFZ niewystarczający na pokrycie kosztów funkcjonowania. Opisane zależności przedstawiono na wykresie poniżej.



Rysunek 25 Wynik analizy kosztów dla scenariusza B – stawka miesięczna na pacjenta w terapii oraz różnica (%) przyrostu miesięcznej kwoty ryczałtu wyliczone na podstawie modelu regresji w zależności od liczby zatrudnionych członków zespołów terapeutycznych. Kolorem czerwonym zaznaczono ośrodki, dla których koszty przekraczają kwotę przychodów z NFZ.

Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu regresji opartego na danych FK za 2018 r.

3.4. Projekt taryfy

W poniższej tabeli przedstawiono projekt taryfy, który został oparty o wyniki podstawowej analizy kosztów. Zwiększenie kwoty refundacji przedstawione w poprzednim rozdziale odnosi się do wartości opublikowanych w *Zarządzeniu nr 41/2018 Prezesa NFZ*, które obowiązywało w 2018 roku stanowiąc podstawę przychodów z NFZ, a także w trakcie prowadzenia prac analitycznych. W związku z wejściem w życie *Zarządzenia nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, które wprowadziło 5% podwyżki, proponuje się zwiększenie kwoty refundacji dla aktualnych produktów rozliczeniowych w istniejących zakresach jedynie brakującą o wartość. W poniższej tabeli przedstawiono zmianę procentową wartości finansowania zarówno w stosunku do wycen z *Zarządzenia 41/2018 Prezesa NFZ*, jak i *Zarządzenia 82/2019 Prezesa NFZ* (zarządzenie obowiązujące na czas publikacji Raportu).

Tabela 28 Projekty taryf

Poziom referencyjny w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Średnia cena punktu w danym zakresie udzielanych świadczeń (PLN)	Wycena – Zarządzenie nr 41/2018		Aktualna wycena – Zarządzenie nr 82/2019		Projekt taryfy		Różnica projektu taryfy w stosunku do wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica wycen z Zarządzenia 82/2019 względem wycen z Zarządzenia 41/2018 (%)	Różnica projektu taryfy w stosunku do aktualnej wyceny z Zarządzenia nr 82/2019 (%)
					pkt	PLN	pkt	PLN	pkt	PLN			
I poziom	-	-	-	1,00	nd	nd	nd	nd	82,17	82,17	100%	nd	100%
II poziom	Świadczenia codzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000207	osobodzień na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży	10,29	13,73	141,28	14,42	148,35	15,31	157,54	11,5%	5%	6,2%
		5.15.12.0000208	osobodzień na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu		9,61	98,89	10,09	103,84	10,72	110,31			
		5.15.12.0000303	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (ODR)		13,73	141,28	14,41	148,32	15,31	157,54			
	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000136	porada lekarska diagnostyczna	9,11	13,73	125,08	14,42	131,33	14,97	136,38	9%	5%	4%
		5.15.12.0000137	porada lekarska terapeutyczna		6,86	62,49	7,02	65,62	7,48	68,14			
		5.15.12.0000138	porada kontrolna		3,43	31,25	3,6	32,81	3,74	34,07			
		5.15.12.0000139	porada psychologiczna diagnostyczna		13,73	125,08	14,42	131,33	14,97	136,38			
		5.15.12.0000260	porada psychologiczna		9,15	83,36	9,61	87,52	9,97	90,83			

Poziom referencyjny w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Średnia cena punktu w danym zakresie udzielanych świadczeń (PLN)	Wycena – Zarządzenie nr 41/2018		Aktualna wycena – Zarządzenie nr 82/2019		Projekt taryfy		Różnica projektu taryfy w stosunku do wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica wycen z Zarządzenia 82/2019 względem wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica projektu taryfy w stosunku do aktualnej wyceny z Zarządzenia nr 82/2019 (%)
					pkt	PLN	pkt	PLN	pkt	PLN			
		5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę		16,02	145,94	16,82	153,20	17,46	159,06			
		5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty		11,44	104,22	12,01	109,43	12,47	113,60			
		5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)		4,58	41,72	4,8	43,77	4,99	45,46			
		5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)		3,43	31,25	3,6	32,83	3,74	34,07			
		5.15.12.0000311	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (amb.)		3,43	31,25	3,6	32,83	3,74	34,07			
		5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)		1,72	15,67	1,8	16,41	1,87	17,04			
		5.15.12.0000135	wizyta / porada domowa/ środowiskowa		15,60	142,12	16,38	149,22	17,00	154,87			
		5.15.22.0000011	porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym *		11,44	104,22	12,01	109,43	12,47	113,60			

Poziom referencyjny w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Średnia cena punktu w danym zakresie udzielanych świadczeń (PLN)	Wycena – Zarządzenie nr 41/2018		Aktualna wycena – Zarządzenie nr 82/2019		Projekt taryfy		Różnica projektu taryfy w stosunku do wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica wycen z Zarządzenia 82/2019 względem wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica projektu taryfy w stosunku do aktualnej wyceny z Zarządzenia nr 82/2019 (%)
					pkt	PLN	pkt	PLN	pkt	PLN			
		5.15.22.0000012	program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym *		9,15	83,36	9,61	87,52	9,97	90,83			
	Leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000261	wizyta / porada domowa/ środowiskowa miejscowa	9,16	18,20	166,71	19,11	175,05	19,84	181,73	9%	5%	4%
		5.15.12.0000262	wizyta / porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa		23,40	214,34	24,57	225,06	25,51	233,67			
		5.15.12.0000263	wizyta terapeuty środowiskowego		3,90	35,72	4,10	37,51	4,25	38,93			
		5.15.12.0000149	porada lekarska diagnostyczna		11,70	107,17	12,29	112,53	12,75	116,79			
		5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna		7,80	71,45	8,19	75,02	8,50	77,86			
		5.15.12.0000258	porada kontrolna		3,90	35,72	4,20	37,51	4,25	38,93			
		5.15.12.0000127	porada psychologiczna diagnostyczna		11,70	107,17	12,29	112,53	12,75	116,79			
		5.15.12.0000259	porada psychologiczna		10,40	95,26	10,92	100,03	11,34	103,87			
		5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę		18,20	166,71	19,11	175,05	19,84	181,73			
		5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie		13,00	119,08	13,65	125,03	14,17	129,80			

Poziom referencyjny w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Średnia cena punktu w danym zakresie udzielanych świadczeń (PLN)	Wycena – Zarządzenie nr 41/2018		Aktualna wycena – Zarządzenie nr 82/2019		Projekt taryfy		Różnica projektu taryfy w stosunku do wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica wycen z Zarządzenia 82/2019 względem wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica projektu taryfy w stosunku do aktualnej wyceny z Zarządzenia nr 82/2019 (%)
					pkt	PLN	pkt	PLN	pkt	PLN			
			szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty										
		5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)		5,20	47,63	5,46	50,01	5,67	51,94			
		5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)		3,90	35,72	4,10	37,51	4,25	38,93			
		5.15.12.0000312	turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi (l.środ.)		3,90	35,72	4,10	37,51	4,25	38,93			
		5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)		1,96	17,91	2,05	18,81	2,13	19,51			
III poziom	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000160	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	13,58	18,72	254,22	19,66	266,93	22,84	310,17	22%	5%	16%
		5.15.12.0000161	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,7 - przepustka		13,10	177,90	13,76	186,85	15,99	217,14			
		5.15.12.0000162	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci		13,10	177,90	13,76	186,85	15,99	217,14			

Poziom referencyjny w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Średnia cena punktu w danym zakresie udzielanych świadczeń (PLN)	Wycena – Zarządzenie nr 41/2018		Aktualna wycena – Zarządzenie nr 82/2019		Projekt taryfy		Różnica projektu taryfy w stosunku do wycen z Zarządzenia nr 41/2018 (%)	Różnica wycen z Zarządzenia 82/2019 względem wycen z Zarządzenia 41/2018 (%)	Różnica projektu taryfy w stosunku do aktualnej wyceny z Zarządzenia nr 82/2019 (%)
					pkt	PLN	pkt	PLN	pkt	PLN			
			i młodzieży z korektorem 0,7 - pobyt ponad standard czasu										
		5.15.12.0000163	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży z korektorem 0,5 - przepustka podczas pobytu ponad standard czasu		9,36	127,11	9,83	133,46	11,42	155,08			
		5.15.12.0000291	turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi		18,72	254,22	19,66	266,93	22,84	310,17			
		5.15.12.0000274	leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi *		22,88	310,71	24,02	326,25	27,91	379,02			

Źródło: opracowanie własne.

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny świadczeń udzielanych w zakresach związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

W celu przeprowadzenia analizy w pierwszym etapie ustalono odsetek pacjentów, którzy zostaliby przypisani do odpowiednich poziomów referencyjnych w nowym modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, na podstawie danych rozliczeniowych NFZ za 2016–2018 r. i przypisania istniejących zakresów świadczeń do modelu.

Do poziomu III przypisano wszystkich pacjentów, których świadczenia rozliczono zakresami: *świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02)*, *świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej (04.4702.021.02)* oraz 4% pacjentów z zakresu *świadczenia w izbie przyjęć (04.4900.008.03)*. Pozostałe 96% pacjentów z zakresu *świadczenia w izbie przyjęć (04.4900.008.03)* zostało przypisane do poziomu I. Opisany podział wynika z obserwacji, że tylko 4% pacjentów wykazanych w zakresie *świadczenia w izbie przyjęć* została przyjęta do oddziału stacjonarnego.

Do poziomu II w całości zakwalifikowano pacjentów z zakresu *świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży (04.2701.001.02)*. Do podziału pacjentów z zakresów: *leczenie środowiskowe (domowe) (04.2730.001.02)*, *świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (04.1701.001.02)*, *świadczenia psychologiczne (04.1790.007.02)* przyjęto następującą zasadę:

- Jeżeli pacjent na przestrzeni lat 2016–2018 nie miał wykazanego, żadnego z następujących produktów: *porada lekarska diagnostyczna (5.15.12.0000136)*, *porada lekarska terapeutyczna (5.15.12.0000137)*, *porada kontrolna (5.15.12.0000138)*, lub ich łączna suma mieściła się w zakresie 1–3 – został zakwalifikowany do poziomu I;
- Jeśli łączna liczba produktów *porada lekarska diagnostyczna (5.15.12.0000136)*, *porada lekarska terapeutyczna (5.15.12.0000137)*, *porada kontrolna (5.15.12.0000138)* w każdym z analizowanych lat od 2016 do 2018 była większa niż 3 – pacjent został zakwalifikowany do poziomu II.

Łącznie do poziomu I zakwalifikowano 460 445 pacjentów (78%), do poziomu II 118 138 pacjentów (20%), a do poziomu III 11 716 pacjentów (2%). Szczegółowe dane dotyczące przypisania pacjentów do poszczególnych poziomów znajdują się w poniższej tabeli.

Tabela 29 Odsetek pacjentów przypisanych do nowych poziomów referencyjnych

Zakres	Łączna liczba pacjentów	Liczba pacjentów [odsetek w %]		
		Poziom I	Poziom II	Poziom III
04.4701.001.02 Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	11 494	0	0	11 494 [100%]
04.4702.021.02 Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	1	0	0	1 [100%]
04.4900.008.03	5 522	5 301	0	221

Zakres	łączna liczba pacjentów	Liczba pacjentów [odsetek w %]		
		Poziom I [96%]	Poziom II	Poziom III [4%]
Świadczenia w izbie przyjęć				
04.2701.001.02 Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	20 324	0	20 324 [100%]	0
04.2730.001.02 Leczenie środowiskowe (domowe)	3 284	3 251 [99%]	33 [1%]	0
04.1701.001.02 Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	505 297	409 291 [81%]	96 006 [19%]	0
04.1790.007.02 Świadczenia psychologiczne	44 377	42 602 [96%]	1 775 [4%]	0
łącznie		460 445 [78%]	118 138 [20%]	11 716 [2%]

W drugim etapie porównano nakłady finansowe, z perspektywy płatnika publicznego, ponoszone na realizację zakresów świadczeń w ramach obowiązującej w 2018 roku wyceny (scenariusz aktualny) oraz zmiany wynikające z przypisania pacjentów do odpowiednich poziomów referencyjnych wraz z zastosowaniem proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania ogólnej liczby pacjentów na niezmiennym poziomie (scenariusz nowy).

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2018 oraz łącznej wartości świadczeń, która została przypisana do poziomów według wyżej opisanego klucza (powyższa tabela). Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **435 mln zł**, co odpowiada 253% zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2018 r. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 30 Analiza wpływu na budżet płatnika

Zakres	Wariant aktualny			Wariant zmieniony			Różnica [%]
	Poziom I	Poziom II	Poziom III	Poziom I*	Poziom II**	Poziom III***	
1	2	3	4	5	6	7	8=7/6/5 -4/3/2
04.4701.001.02 Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	0 zł	0 zł	91 571 038 zł		0 zł	111 716 666 zł	20 145 628 zł [+22%]
04.4702.021.02 Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	0 zł	0 zł	3 414 zł		0 zł	3 414 zł	0 zł
04.4900.008.03 Świadczenia w izbie przyjęć [#]	0 zł	0 zł	0 zł	5 227 116 zł	0 zł	0 zł	5 226 480 zł [+100%]
04.2701.001.02 Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	0 zł	28 059 037 zł	0 zł	0 zł	31 285 826 zł	0 zł	3 226 789 zł [+11,5%]
04.2730.001.02 Leczenie środowiskowe (domowe)	1 927 152 zł	19 466 zł	0 zł	3 205 774 zł	21 218 zł	0 zł	1 280 374 zł [+66%]
04.1701.001.02 Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	37 706 513 zł	8 844 738 zł	0 zł	403 576 874 zł	9 640 764 zł	0 zł	366 666 387 zł [+788%]
04.1790.007.02 Świadczenia psychologiczne	3 687 056 zł	153 627 zł	0 zł	42 007 197 zł	167 454 zł	0 zł	38 333 968 zł [+998]
łącznie	43 320 721 zł	37 076 868 zł	91 574 452 zł	454 016 961 zł	41 115 262 zł	111 720 081 zł	434 880 263 zł [253%]

* dla I poziomu przyjęto miesięczną stawkę kapitałową 82,17zł, ** dla poziomu II przyjęto wzrost o 11,5%, *** dla poziomu III przyjęto wzrost o 22%, # wartość świadczeń z zakresu świadczenia w izbie przyjęć w przedstawionej analizie w scenariuszu aktualnym wynosi 0zł, ponieważ świadczenia te nie są rozliczane na pacjenta, lecz jako ryczałt dobowy

Źródło: opracowanie własne

Poniżej przedstawiono analizę wpływu na budżet płatnika dla wariantów analizy wrażliwości.

Tabela 31 Analiza wpływu na budżet płatnika dla wariantów analizy wrażliwości dla I poziomu referencyjności

Scenariusz	Wynik analizy	Różnica względem wyniku dla analizy podstawowej [%]
A	481 261 388,65 zł	-20,70%
B1	588 784 451,34 zł	-2,98%
B2	606 299 770,39 zł	-0,09%
C	697 688 848,34 zł	14,97%
D	1 433 498 008,59 zł	136,22%

Źródło: opracowanie własne

Największy wpływ na wydatki płatnika publicznego ma przyjęcie stawek taryf z wariantu, w którym przyjęto założenia o czasie poświęconym na terapię zgodnie ze wskazaniami ekspertów.

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Na podstawie danych NFZ za 2018 rok przeanalizowano informację dotyczącą liczby zakresów świadczeń na jakie posiadają kontrakt poszczególni świadczeniodawcy (n=327). Na tej podstawie przypisano świadczeniodawców do nowych poziomów referencyjnych:

- Do I poziomu referencyjnego przypisano świadczeniodawców, którzy posiadali w 2018 roku kontrakt wyłącznie w zakresie *04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne*,
- Do II poziomu referencyjnego przypisano świadczeniodawców, którzy posiadali w 2018 roku kontrakt w zakresie *04.2701.001.02 świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży* i:
 - *04.1701.001.02 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży lub*
 - *04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne*,
- Do III poziomu referencyjnego przypisano świadczeniodawców, którzy w 2018 roku posiadali kontrakt w zakresie *04.4701.001.02 świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży* i w zakresie *04.2701.001.02 świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży* oraz:
 - *04.1701.001.02 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży lub*
 - *04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne*.

Zgodnie z powyższym kluczem oszacowano, że w 2018 roku działało:

- 104 świadczeniodawców, którzy wpisują się w I poziom referencyjny (32%),
- 25 świadczeniodawców, którzy wpisują się w II poziom referencyjny (8%),
- 13 świadczeniodawców, którzy wpisują się w III poziom referencyjny (4%).

Ponadto dla wielu świadczeniodawców wprowadzenie nowego modelu opieki psychiatrycznej wiązałoby się z kontynuacją działalności na obecnych zasadach lub z koniecznością zmiany formy organizacyjnej, tak żeby móc zakontraktować świadczenia na odpowiednim poziomie referencyjnym. I tak:

- 17 świadczeniodawców (5%) posiada poradnię zdrowia psychicznego i poradnię psychologiczną, zatem chcąc zakontraktować świadczenia z II poziomu musieliby dodatkowo spełniać warunek posiadania oddziału dziennego,

- 11 świadczeniodawców (3%) posiada wyłącznie oddział stacjonarny i poradnię zdrowia psychicznego, zatem chcąc zakontraktować świadczenia z III poziomu musieliby dodatkowo spełniać warunek posiadania oddziału dziennego,
- 106 świadczeniodawców (32%) posiada wyłącznie poradnię zdrowia psychicznego, zatem chcąc zakontraktować świadczenia z II poziomu musieliby dodatkowo spełniać warunek posiadania oddziału dziennego,
- 10 świadczeniodawców (3%) posiada wyłącznie oddział szpitalny,
- 41 świadczeniodawców (13%) posiada wyłącznie izbę przyjęć/szpitalny oddział ratunkowy.

W rozdziale dotyczącym analizy wpływu na budżet płatnika publicznego przedstawiono wyniki oszacowań przy założeniu, że wszyscy pacjenci zostaną objęci opieką psychiatryczną w nowym modelu. Zakładając, że po wdrożeniu nowego modelu, tylko część podmiotów zakontraktuje świadczenia z I, II i III poziomu referencyjnego (I poziom – 104 świadczeniodawców, II poziom – 25 świadczeniodawców, III poziom – 13 świadczeniodawców), wpływ na budżet płatnika w początkowym okresie wyniósłby 144,26 mln zł, co oznacza 83% wzrost wydatków płatnika publicznego względem 2018 roku.

Należy podkreślić, że zgodnie z *Planem Finansowym NFZ na 2019 rok*, płatnik zamierza przeznaczyć na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień ponad 3 mld zł. Przewidywany wzrost wydatków w przedstawionym powyżej wariantcie minimalnym oznacza 5% wzrost globalnych wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenia uzależnień, zaś w wariantcie maksymalnym przedstawionym w rozdziale dotyczącym analizy wpływu na budżet płatnika publicznego – o 14%.

W scenariuszu aktualnym wydatki płatnika łącznie na I i II poziomie referencyjnym (80 397 589 zł; 47%) są podobne do wydatków na III poziom referencyjny (91 574 452; 53%). Celem wprowadzanych zmian systemowych jest odciążenie poziomu III wraz jednoczesnym promowaniem poziomu I i II. Przy proponowanym przez AOTMiT nowym scenariuszu możliwa jest zmiana struktury wydatków: zwiększenie nakładów na poziom I i II łącznie do 82% (495 132 223 zł) i zmniejszenie udziału wydatków na poziom III do 18% (111 720 081 zł).

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z 15.02.2019 r., znak ASG.4083.1.2019.DS (data wpływu do AOTMiT 18.02.2019 r.), w związku z art. 31a ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu II Planu Taryfikacji na 2016 r., tj.: „*Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”, w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, określonych w projektowanym załączniku nr 8 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 i 1610)*.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowane przez:

- Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny,
- Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny,
- Ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny.

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w następujących zakresach:

- Świadczenia psychologiczne
- Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży
- Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży
- Leczenie środowiskowe (domowe)
- Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Problem zdrowotny

Psychiatria jest jedną z najbardziej kosztownych gałęzi medycyny. Szacuje się, że w USA koszty zaburzeń psychicznych stanowią ok 10% całych nakładów na ochronę zdrowia.

Wśród przyczyn wysokich kosztów zaburzeń psychicznych wymienia się:

- wysokie wskaźniki rozpowszechnienia,
- niskie wskaźniki rozpoznawania i niewystarczająco dobra odpowiedź na leczenie,
- stosunkowo młody wiek pacjentów i wysoki wskaźnik inwalidyzacji,
- wysoka nawrotowość i przewlekły przebieg choroby,
- wysoki wskaźnik umieralności z powodu samobójstw,

stygmatyzację chorobą psychiczną

W Polsce dominuje model psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w ramach którego świadczenia dla pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi oraz z zaburzeniami o ciężkim przebiegu, udzielane są głównie w warunkach stacjonarnych w szpitalach psychiatrycznych (tzw. model azylowy). Podobny model był powszechny przez wiele lat także w innych krajach europejskich, co wynikało

z przekonania, że zgromadzenie osób chorych psychicznie w jednym miejscu i otoczenie ich opieką wykwalifikowanej kadry medycznej powinno być najbardziej efektywną oraz ekonomiczną formą leczenia. Ponadto, z uwagi na nieprzychylną opinię społeczeństwa w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, łatwiej było izolować tych chorych w szpitalach psychiatrycznych.

Aktualnie, w wielu krajach odchodzi się od tego modelu, który jest zastępowany przez model opieki środowiskowej.

Model środowiskowy to dążenie do ograniczenia potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej, poprzez udostępnianie alternatywnych wielu form pomocy wobec pobytu w szpitalu i przybliżanie ich do miejsc zamieszkania chorych, takich jak: aktywne poradnie z szeroką ofertą terapeutyczną, mobilne zespoły środowiskowe oferujące w zwiększonym zakresie możliwość świadczenia pomocy w domu chorego, placówki terapii i rehabilitacji w warunkach pobytu dziennego.

Obecna sytuacja w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w populacji dzieci i młodzieży również wskazuje na konieczność zmiany modelu opieki, wdrożenia, koordynacji i określenia jakości tej opieki. Z uwagi na wzrastające i zróżnicowane potrzeby zdrowotne w tym obszarze wymagające zapewnienia dostępności do świadczeń z ww. zakresu świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży, jest konieczne wprowadzenie modelu opieki, który będzie odpowiadać na te zróżnicowane potrzeby. Zmiana polega na uproszczeniu i zwiększeniu dostępu do podstawowych świadczeń psychiatrycznych dla ww. grupy świadczeniobiorców oraz na wprowadzeniu standardu wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Działania te mają na celu zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej i zapewnienie blisko miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy właściwej opieki w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji oraz zapewnienie specjalistycznej opieki w ośrodkach przygotowanym do realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży wymagających długotrwałego i specjalistycznego leczenia.

Aktualny stan finansowania

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia ochrony zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce jest *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. 2018 poz. 1878)*. W *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* podkreśla się, że działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.

Zadania związane z promocją zdrowia i zapobieganiem zaburzeniom psychicznym są realizowane poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Prowadzenie tych działań należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin, a także zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w Programie. Jednostki samorządu terytorialnego są zobowiązane do zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym. Obecnie realizowany jest *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2020 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U 2017 poz. 458))*. Wśród celów szczegółowych Programu wymienia się m. in.: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki

zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, skoordynowanie dostępnych form opieki. Cele te mają być osiągnięte poprzez konkretne zadania wyznaczone dla poszczególnych podmiotów realizujących.

Ochrona zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych wspierana jest m. in. poprzez działania poradni psychologiczno-pedagogicznych, których funkcjonowanie reguluje *Rozporządzenie Ministra Edukacji narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. 2013 poz 199, z późn. zm.). Poradnia realizuje zadania przy pomocy specjalistów: psychologów, pedagogów, logopedów i doradców zawodowych.

Zgodnie z art. 5. *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Szczegółowy wykaz oraz warunki udzielania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. 2019 poz. 1285).

Wartość oraz zasady finansowania świadczeń wymienionych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* określa *Zarządzenie nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień* oraz zarządzenie zmieniające (*Zarządzenie nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*). W *Zarządzeniu* zidentyfikowano 87 produktów rozliczeniowych służących rozliczaniu świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży (z wyłączeniem świadczeń stacjonarnych leczenia uzależnień, które swoim zakresem obejmują działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych).

Zapisy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 14 sierpnia 2019r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* określają szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń.

Na przestrzeni lat 2015-2017 liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej pozostawała na podobnym poziomie. Od kilku lat następuje jednak stopniowy wzrost poziomu finansowania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W roku 2016 Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na ten cel 2 451 507 820 zł, a w roku 2017 o 7,83 % więcej,

czyli – 2 662 276 550 zł. W 2018 roku nastąpił wzrost wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień o kolejne 7,71 %, co dało kwotę 2 867 443 000 zł. Dynamika wzrostu poziomu finansowania obniżyła się w 2019 roku. Według planu finansowego NFZ na 2019 rok planuje przeznaczyć na ten cel 3 009 210 000 zł, co daje wzrost w stosunku do roku poprzedniego tylko o 4,94 % i o 21,9 % w porównaniu z rokiem 2016.

W 2018 roku działało 327 świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. W tym samym okresie w tych zakresach sprawozdano 769 551 świadczeń o łącznej wartości 171 972 042 zł.

Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód jest niewielka i mimo tego, że wzrosła od roku 2011 o 137 osób, w 2018 r. wynosiła 375. Natomiast liczba lekarzy psychiatrów dziecięcych ze specjalizacją I stopnia wykonujących zawód w tym samym okresie spadła o 5 osób – i wynosi 40.

Nieco inaczej niż w przypadku liczby lekarzy o specjalizacji psychiatria dzieci i młodzieży sytuacja przedstawiała się w przypadku liczby specjalistów z zakresu psychiatrii zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia. W 2017 roku liczba ta kształtowała się na poziomie 2 428.

W oparciu o dane CSIOZ na przestrzeni lat 2007–2017 odnotowano stopniowo rosnącą liczbę łóżek na oddziałach psychiatrycznych z okresowymi spadkami. W 2017 roku zaobserwowano jednak znaczące zmniejszenie liczby łóżek na tych oddziałach, a liczba ta wyniosła 5 680.

Jeśli chodzi o wykorzystanie łóżek na oddziałach psychiatrycznych, obłożenie w latach 2007–2017 utrzymywało się na podobnym, wysokim poziomie i kształtowało się na poziomie od 89,8% do 94,6%.

Finansowanie opieki psychiatrycznej w innych krajach

Jak zauważa Perelman i wsp. (2018), w różnych krajach stosowano rozmaite modele płatności za leczenie schorzeń psychicznych, z różnym skutkiem.

Knickman (2016) zwraca uwagę, że w **USA** kładziony jest nacisk na płatności za ilość wykonanych świadczeń, jednak nie ma zachęt skłaniających świadczeniodawców do skupienia się na wynikach leczenia pacjenta. Podkreśla, że pierwszym celem powinno być wykorzystanie modeli płatności, które oferują zachęty świadczeniodawcom za lepsze wyniki pacjenta poprzez adekwatną płatność za świadczenia na podstawie dowodów (*evidence-based payment*). Obecne tendencje skłaniające się ku większej integracji świadczeń w obrębie kilku świadczeniodawców dają szansę na stworzenie podejścia do opieki, która sprosta zróżnicowanym potrzebom osób cierpiących na schorzenia psychiczne. Chcąc uzyskać odpowiednio funkcjonujący system płatności, trzeba wykorzystać różne strategie, które proponują zachęty za świadczenie opieki na odpowiednim poziomie (*Knickman 2016*). Dla przykładu w stanie Colorado stawkę kapitałową zastąpiono tradycyjnym systemem *fee-for-service*, który doprowadził do zmniejszonego wykorzystania świadczeń angażujących złożone, różnorodne zasoby. Mimo to, doprowadził on również do niższych wydatków, lepszej integracji usług, a konsultacje zastąpiły pobyty w szpitalach w przypadku młodzieży, jednak nie zaobserwowano zmian w kwestii zapobiegania schorzeniom. Z kolei system rozliczania za poszczególne przypadki (ang. *per case payment system*) z wykorzystaniem jednorodnych grup pacjentów wprowadził zmniejszył poziom hospitalizowania z powodu poważnych chorób psychicznych, ale zwiększył zadłużenie szpitali (prawdopodobnie ze względu na nieadekwatność systemu DRG jako klasyfikującego schorzenia psychiczne, który bardziej nastawiony jest na krótkie pobyty i przypadki ostre niż długoterminowe leczenie, o niepewnym charakterze) (Perelman 2018).

W **Austrii** stworzenie specyficznych kategorii dla schorzeń psychicznych pozwoliło szpitalom na pokrycie kosztów, zwiększając jednocześnie opiekę opartą na modelu środowiskowym (Perelman 2018).

W **Hiszpanii** hospitalizacja pacjentów ze schorzeniami psychicznymi jest realizowana w specjalistycznych placówkach i finansowana inaczej niż pozostałe hospitalizacje. W określonych przypadkach stosuje się płatność za pobyt (np. w Katalonii, gdzie funkcjonują różne stawki za pobyt dla pacjentów hospitalizowanych w trybie pilnym, o niższym stopniu pilności, a także stawki za procedury wymagające średniej lub długiej hospitalizacji). Niektóre władze regionalne ustalają ze świadczeniodawcami z sektora prywatnego płatność „za proces” (np. w Aragonii obowiązują maksymalne taryfy za hospitalizację w ośrodkach rehabilitacyjnych, w których pacjenci przebywają długo. Dotyczy to też ośrodków rehabilitacyjnych stacjonarnych, w których pacjenci przebywają krótszy czas). Przydzielanie środków szpitalom psychiatrycznym odbywa się na podstawie historycznych budżetów administracyjnych (Perelman 2018).

W **Bułgarii** świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego są finansowane z budżetu państwa, budżetów lokalnych i instytucji ubezpieczeń zdrowotnych. W większości są one jednak finansowane przez tego ostatniego płatnika. Instytucja ta opracowała listę specjalistycznych świadczeń realizowanych przez psychiatrów dziecięcych, które są przez nią finansowane. Na liście znajduje się między innymi ocena ryzyka popełnienia samobójstwa, ewaluacja psychiatryczna, sesja rehabilitacji psychospołecznej, ocena stanu psychicznego i inne. Ogółem wyodrębniono 23 takie świadczenia. System nie uwzględnia jednak specyficznego charakteru postępowania w psychiatrii dziecięcej i jego długotrwałości. Przykładowo ocena stanu zdrowia psychicznego dziecka i jego rodziny często wymaga więcej niż jednej sesji, a płatność jest realizowana tylko za jedną z nich (Perelman 2018).

W **Wielkiej Brytanii** wdrożono system „płatności za działanie” (ang. *payment per activity*) na bazie jednolitych grup pacjentów HRG. Zaobserwowano, że ten model płatności oferował świadczeniodawcom świadczącym usługi z zakresu zdrowia psychicznego kilka zachęt mających na celu efektywne działanie dopasowane do potrzeb pacjentów ze schorzeniami psychicznymi. Wprowadzono więc płatność za epizod na podstawie tzw. *Mental Health Clusters*. W ramach klastrów pogrupowano pacjentów na 21 kategorii, uwzględniając ich potrzeby, a świadczeniodawcom płaci się określoną stawkę za każdy okres leczenia w zależności od klastra, do którego przypisano pacjenta. Na podstawie analiz innych autorów Perelman i wsp. sugerują jednak, że klastry powinny zostać zrewidowane w taki sposób, by zyskały większą homogeniczność (Perelman, Chaves, Almeida, & Matias, 2018). Klastry te dotyczą jednak wyłącznie osób dorosłych. W 2011 roku w Wielkiej Brytanii CAMHS (*The Child and Adolescent Mental Health Services*) rozpoczął prace nad udoskonaleniem systemu płatności, który wspierałby lepszą opiekę i lepsze wyniki zdrowotne u dzieci i młodych ludzi korzystających ze świadczeń związanych z zdrowiem psychicznym. W ostatecznym raporcie zaproponowano podzielić dzieci i młodzieży poszukujących wsparcia psychicznego na główne grupy:

- potrzebujących porady (ang. *getting advice*),
- potrzebujących pomocy (ang. *getting help*),
- potrzebujących jeszcze więcej pomocy (ang. *getting more help*)

i na dalsze 19 grup opartych na potrzebach. Ważnym wnioskiem z tego projektu było, że algorytm grupowania nie do końca odpowiada wykorzystaniu zasobów. W 2014 roku przy współpracy *Anna Freud National Centre for Children and Families* i *the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* zostały opracowane ramy koncepcyjne dla CAMHS zwane modelem THRIVE. THRIVE

to zintegrowane, skoncentrowane na osobie i na jej potrzebach podejście do świadczenia usług Zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i ich rodzin. Konceptualizuje potrzeby w 5 kategoriach:

- *Thriving* – rozumiany jako utrzymanie i promocja zdrowia psychicznego,
- *Getting Advice and Signposting* – uzyskiwanie porad i wskazówek,
- *Getting Help* – uzyskiwanie pomocy,
- *Getting More Help* – uzyskiwanie większej pomocy,
- *Getting Risk Support* – uzyskiwanie wsparcia w zakresie ryzyka.

W modelu tym nacisk kładzie się na zapobieganie, promowanie zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia. Dzieci, młodzież i ich rodziny są uprawnione poprzez aktywne zaangażowanie w podejmowanie decyzji dotyczących ich opieki, co ma zasadnicze znaczenie dla podejścia.

Perelman i wsp. zwracają uwagę na różnorodność modeli płatności w opiece psychiatrycznej, ostatecznie jednak nie uznają żadnego z nich za najlepszy. Mimo to rekomendują następujące rozwiązanie:

1. Gdy udowodniono, że określone świadczenie stanowi dobrą praktykę, sugerowane jest zachęcanie świadczeniodawców do jego realizacji poprzez metodę *fee for service*.
2. Stawka kapitacyjna oraz płatność za pakiet usług zachęcają do podnoszenia efektywności, kontynuacji opieki i zapobiegania schorzeniom psychicznym, jednak należałoby metody te uzupełnić o model „płatność za działanie” (*payment for performance*) w celu zminimalizowania ryzyka niewystarczającego poziomu świadczenia usług (Perelman, Chaves, Almeida, & Matias, 2018).

Cenniki komercyjne

Nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży przewiduje dla ośrodków z I poziomu referencyjnego odpłatność za świadczenia w postaci miesięcznej stawki kapitacyjnej za pacjenta objętego opieką. Ośrodki świadczące usługi z zakresu psychologii komercyjnie nie stosują takiej formy rozliczania z pacjentem (zazwyczaj płatność dotyczy pojedynczej sesji terapeutycznej lub cyklu spotkań).

Istnieje niewiele ośrodków prowadzących działalność komercyjną w zakresie oddziału dziennego i stacjonarnego, odpowiadających II i III poziomowi z modelu. Odnaleziono jeden cennik komercyjny oparty na koszcie osobodnia: dla oddziału dziennego – 165 zł, dla oddziałów ogólnopsychiatrycznych – 227 zł, przy czym świadczenia te nie są dedykowane dzieciom.

Projekt taryfy i analiza wpływu na budżet płatnika publicznego oraz na organizację systemu opieki zdrowotnej

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży, Agencja wystąpiła z wnioskami o przekazanie danych finansowo-księgowych do świadczeniodawców (postępowanie nr 47).

Do 26.06.2019 r. zweryfikowano i zatwierdzono dane finansowo-księgowe przekazane w ramach postępowania nr 47 dla 218 OPK, pochodzące od 115 świadczeniodawców. Pozostałe dane nie zostały do czasu zamknięcia analiz skorygowane przez świadczeniodawców.

Dane z poszczególnych OPK podzielono na następujące kategorie:

- dane FK od podmiotów, które ze względu na dotychczasowy zakres udzielanych świadczeń (świadczenia psychologiczne) oraz zatrudniony personel (wyłącznie psychologzy) wpisują się w strukturę ośrodków, które mogłyby funkcjonować na I poziomie referencyjnym, tj. *Ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży*,
- dane FK od podmiotów, które ze względu na zatrudniony personel wpisują się w strukturę ośrodków, które mogłyby funkcjonować na II poziomie referencyjnym, tj. *Środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*, przy czym na potrzeby analizy wydzielono:
 - oddziały dzienne,
 - poradnie zdrowia psychicznego,
- dane FK od podmiotów, które udzielają świadczeń w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, stanowiących trzon funkcjonowania ośrodków na III poziomie referencyjnym, tj. *Ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej*.

Pliki FK z ośrodków będących oddziałami dziennymi, poradniami zdrowia psychicznego lub oddziałami stacjonarnymi analizowano osobno w związku z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia dotyczącą pozostawienia dotychczasowego sposobu finansowania świadczeń na II i na III poziomie referencyjnym, przy zmianie wartości renegocjowanych kontraktów zgodnie z wynikami wyceny przeprowadzonej przez AOTMiT. Renegocjacje umów zawartych ze świadczeniodawcami powinny dotyczyć podmiotów, które realizują umowy na poradnię zdrowia psychicznego, oddział dzienny lub oddział stacjonarny oraz dysponują możliwością spełnienia dodatkowych wymagań opisanych w Załączniku nr 8 do Rozporządzenia (pismo znak ZPP.074.23.2019.MS z 11.06.2019 r.).

Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży będą finansowane w oparciu o zryczałtowaną miesięczną stawkę płaconą za każdego pacjenta, któremu udzielne są świadczenia. Ryczałt miesięczny za pacjenta na I poziomie referencyjnym oszacowano na poziomie **82,17 zł**.

Dodatkowo dla świadczeniodawców, którzy wejdą na II i na III poziom referencyjny zaproponowano zwiększenie kwoty refundacji dla aktualnych produktów rozliczeniowych w istniejących zakresach:

- o 11,5% dla 3 produktów rozliczeniowych w zakresie *świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży*, odpowiadających świadczeniom udzielanych w oddziałach dziennych dla dzieci i młodzieży,
- o 9% dla 14 produktów rozliczeniowych w zakresie *świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży* oraz dla 14 produktów rozliczeniowych w zakresie *leczenie środowiskowe (domowe)* pod warunkiem, że świadczenia są udzielane pacjentom < 18 r.ż., odpowiadających świadczeniom udzielanych w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz przez zespoły leczenia środowiskowego,
- o 22% dla 6 produktów rozliczeniowych w zakresie *świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży*, odpowiadających świadczeniom udzielanych w oddziałach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży.

Zwiększenie kwoty refundacji przedstawione powyżej odnosi się do wartości opublikowanych w *Zarządzeniu nr 41/2018 Prezesa NFZ*, które obowiązywało w 2018 roku stanowiąc podstawę przychodów z NFZ, a także w trakcie prowadzenia prac analitycznych. W związku z wejściem w życie *Zarządzenia nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r.*

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, które wprowadziło 5% podwyżki, proponuje się zwiększenie kwoty refundacji dla aktualnych produktów rozliczeniowych w istniejących zakresach:

- o **6,2%** dla 3 produktów rozliczeniowych w zakresie świadczenia *świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży*, odpowiadających świadczeniom udzielanych w oddziałach dziennych dla dzieci i młodzieży,
- o **4%** dla 14 produktów rozliczeniowych w zakresie świadczenia *psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży* oraz dla 14 produktów rozliczeniowych w zakresie *leczenia środowiskowe (domowe)* pod warunkiem, że świadczenia są udzielane pacjentom < 18 r.ż., odpowiadających świadczeniom udzielanych w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz przez zespoły leczenia środowiskowego,
- o **16%** dla 6 produktów rozliczeniowych w zakresie świadczenia *psychiatryczne dla dzieci i młodzieży*, odpowiadających świadczeniom udzielanych w oddziałach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **435 mln zł**, co odpowiada 253% zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2018 r.

W celu zbadania wpływu niepewnych parametrów na wynik analizy kosztów świadczeń udzielanych w Ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży, tj. na I poziomie referencyjnym, została przeprowadzona deterministyczna jednokierunkowa analiza wrażliwości.

Analiza wrażliwości wskazuje na silną odwrotną zależność między liczbą pacjentów objętych opieką w roku a miesięcznym ryczałtem za jednego pacjenta. Przy przyjętych w modelu D parametrach prowadzących do zmniejszenia liczby pacjentów o 64,5% względem założeń przyjętych w podstawowej analizie kosztów różnica względem wyjściowego wyniku wyniosła 182,07%. Najniższy wynik analizy kosztów (różnica -27,66% względem wyniku dla analizy podstawowej) osiągnięto w modelu A, w którym badany parametr – wynagrodzenie psychologa – przyjęto na poziomie 6 324,17 zł brutto z uwzględnieniem kosztów pracodawcy/miesiąc.

Przyjęcie do analizy wpływu na budżet stawek z analizy wrażliwości będzie skutkowało zmianą wydatków płatnika publicznego – od obniżenia wydatków względem podstawowej analizy w skrajnym modelu A o 20,7% do zwiększenia wydatków w skrajnym modelu D o 136,22%.

Na podstawie danych NFZ za 2018 rok przeanalizowano informację dotyczącą liczby zakresów świadczeń na jakie posiadają kontrakt poszczególni świadczeniodawcy (n=327). Na tej podstawie przypisano świadczeniodawców do nowych poziomów referencyjnych:

- 104 świadczeniodawców, którzy wpisują się w I poziom referencyjny (32%),
- 25 świadczeniodawców, którzy wpisują się w II poziom referencyjny (8%),
- 13 świadczeniodawców, którzy wpisują się w III poziom referencyjny (4%).

Wprowadzenie nowego modelu opieki psychiatrycznej wiązałoby się dla wielu świadczeniodawców (44%) z kontynuacją działalności na obecnych zasadach lub z koniecznością zmiany formy organizacyjnej, tak żeby móc zakontraktować świadczenia na odpowiednim poziomie referencyjnym.

W podstawowym wariancie analizy wpływu na budżet płatnika publicznego przedstawiono wyniki oszacowań przy założeniu, że wszyscy pacjenci zostaną objęci opieką psychiatryczną w nowym modelu. Zakładając, że po wdrożeniu nowego modelu, tylko część podmiotów zakontraktuje świadczenia z I, II i III poziomu referencyjnego (I poziom – 104 świadczeniodawców, II poziom – 25 świadczeniodawców, III poziom – 13 świadczeniodawców), wpływ na budżet płatnika w początkowym okresie wyniósłby 144,26 mln zł, co oznacza 83% wzrost wydatków płatnika publicznego względem 2018 roku.

Należy podkreślić, że zgodnie z *Planem Finansowym NFZ na 2019 rok*, płatnik zamierza przeznaczyć na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień ponad 3 mld zł. Przewidywany wzrost wydatków w przedstawionym powyżej wariancie minimalnym oznacza 5% wzrost globalnych wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenia uzależnień, zaś w wariancie maksymalnym przedstawionym w rozdziale dotyczącym analizy wpływu na budżet płatnika publicznego – o 14%.

W scenariuszu aktualnym wydatki płatnika łącznie na I i II poziomie referencyjnym (80 397 589 zł; 47%) są podobne do wydatków na III poziom referencyjny (91 574 452; 53%). Celem wprowadzanych zmian systemowych jest odciążenie poziomu III wraz jednoczesnym promowaniem poziomu I i II. Przy proponowanym przez AOTMiT nowym scenariuszu możliwa jest zmiana struktury wydatków: zwiększenie nakładów na poziom I i II łącznie do 82% (495 132 223 zł) i zmniejszenie udziału wydatków na poziom III do 18% (111 720 081 zł).

6. Bibliografia

- Braddick, F., Carral, V. i Jenkins, R. (2009). *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*.
- Cianciara, M. L.-B. (2018). Funkcjonowanie jednostek w różnych formach opieki psychiatrycznej w Polsce w latach 2010-2013. Analiza organizacyjna i ekonomiczno-finansowa. *Psychiatria Polska*, strony 143-156.
- Fundacja Watch Health Care. (2012-2018). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce za okres 2012-2017*.
- Janas-Kozik, M. (2017). Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Psychiatria*, strony 61-63.
- Kiejna, A. i Rymaszewska, J. (2004). Koszty leczenia w psychiatrii. W A. Bilikiewicz (Red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. (wyd. 3, strony 618-626). Warszawa: PZWL.
- Knickman, J. (2016). Improving Access to Effective Care for People Who Have Mental Health and Substance Use Disorders. Pobrano z lokalizacji <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/09/Improving-Access-to-Effective-Care-for-People-Who-Have-Mental-Health-and-Sustance-Use-Disorders.pdf> (data dostępu: 16.04.2019 r.)
- Ministerstwo Zdrowia. (2007-2017). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2016. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*.
- Ministerstwo Zdrowia. (2019). *Ministerstwo Zdrowia*. Pobrano 3 12, 2019 z lokalizacji Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ochrona-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>
- Monitor. (2015). *Local payment examples. Mental healthcare: a capitated approach to payment with outcomes and risk share components*.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2017). *Informacja o wynikach kontroli "Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży"*.
- Namysłowska, I. (2013). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce- stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. *Postępy Nauk Medycznych*, 4-9.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2018). *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 rok*. Warszawa: NFZ.
- NFZ. (2018). *Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne za okres 01.2014-03.2018*.
- NHS ENGLAND and NHS Improvement. (2019). *2019/20 National Tariff Payment System: Annex E. Technical guidance for mental health clusters*.
- NIL. (2008-2017). *Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej prowadzony przez Naczelną Izbę Lekarską*.
- Perelman, J., Chaves, P., Almeida, J. i Matias, M. (2018). Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *International Journal of Mental Health Systems*.
- Sánchez-Martínez i Abellán-Perpiñán. (2016). VI European Research Framework Project HealthBASKET- Health Benefits and Service Costs in Europe. SPANISH COST/PRICE ASSESSMENT REPORT.
- System Informacji Oświatowej. (2019, 03 14). *System Informacji Oświatowej*. Pobrano 03 14, 2019 z lokalizacji <https://cie.men.gov.pl/sio-strona-glowna/podstawowe-informacje-dotycze-wykazu-szko-i-placowek-owiatowych/wykaz-wg-typow/>

- Wolpert, M., Harris, R., Hodges, S., Fuggle, P., James, R., Wiener, A., . . . Fonagy, P. (2015). *THRIVE Elaborated*. CAMHS.
- Wolpert, M., Vostanic, P., Young, S., Clark, B., Davies, R., Fleming, I., . . . Whale, A. (2015). *Adolescent Mental Health Services Payment System Project: Final Report*. Londyn: CAMHS.
- Załuska, M. (2015). *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Pobrano 3 12, 2019 z lokalizacji
https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Opieka_zdrowotna_i_wsparcie_spo%C5%82eczne.pdf

7. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Dziesięć najczęstszych rozpoznań wśród dzieci i młodzieży	10
Tabela 2 Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży	26
Tabela 3 Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2015–2017	32
Tabela 4 Realizacja świadczeń dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na 2018 roku	33
Tabela 5 Liczba placówek wraz liczbą i wartością świadczeń udzielonych w zakresach związanych z zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w 2018 r.	34
Tabela 6 Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w liczbach.....	39
Tabela 7 Zestawienie liczbowe lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży wg. stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawodu w latach 2011-2018	43
Tabela 8 Liczba poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, leczenia nerwic dla dzieci, leczenia uzależnień dla dzieci, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, promocji zdrowia psychicznego dla dzieci oraz poradni psychologicznych dla dzieci w podziale na województwa	45
Tabela 9 Liczba oddziałów dziennych psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci, oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci, oddziałów dziennych zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziałów dziennych dla osób z autyzmem dziecięcym dla dzieci, oddziałów /ośrodków alzheimerowskich dla dzieci, oddziałów dziennych terapii uzależnienia od alkoholu dla dzieci, oddziałów dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci w podziale na województwa.....	47
Tabela 10 Liczba hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci oraz liczba łóżek w tego rodzaju placówkach, w podziale na województwa	47
Tabela 11 Liczba komórek organizacyjnych w województwie – zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci, opiekę domową, rodzinną dla dzieci, zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem dla dzieci.....	48
Tabela 12 Liczba ośrodków leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych dla dzieci, ośrodków terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa	48
Tabela 13 Liczba oddziałów psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa	49
Tabela 14 Liczba oddziałów odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziałów leczenia uzależnień dla dzieci, oddziałów terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, oddziałów rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa	50
Tabela 15 Liczba zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych dla dzieci oraz opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci wraz z liczbą łóżek, w podziale na województwa	51
Tabela 16 Średni czas oczekiwania na wizytę u psychiatry (w miesiącach)	52
Tabela 17 Hipotetyczna konsumpcja zasobów przez pacjentów po zaimplementowaniu modelu THRIVE	72
Tabela 18 Wielkość pozyskanej próby danych	76
Tabela 19 Zestawienie liczby OPK przypisanych do poszczególnych OPK.....	77
Tabela 20 Analiza kosztów i przychodów OPK będących oddziałami dziennymi dla dzieci i młodzieży	81
Tabela 21 Waga punktowa produktów rozliczeniowych z zakresu świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży przy uwzględnieniu wzrostu wartości odpowiednio o 11,5% i 13%	83
Tabela 22 Waga punktowa produktów rozliczeniowych z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży przy uwzględnieniu wzrostu wartości o 9%	84

Tabela 23 Porównanie produktów rozliczeniowych realizowanych w zakresach świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży i leczenie środowiskowe(domowe).....	86
Tabela 24 Analiza kosztów i przychodów OPK będących oddziałami stacjonarnymi dla dzieci i młodzieży	88
Tabela 25 Waga punktowa produktów rozliczeniowych z zakresu świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży przy uwzględnieniu wzrostu wartości odpowiednio o 22,00% i 22,37%.....	90
Tabela 26 Zestawienie parametrów analizy kosztów w ramach analizy wrażliwości (dla ośrodków z I poziomu referencyjnego).....	91
Tabela 27 Wyniki analizy wrażliwości dla ośrodków z I poziomu referencyjnego	92
Tabela 28 Projekty taryf	95
Tabela 29 Odsetek pacjentów przypisanych do nowych poziomów referencyjnych.....	100
Tabela 30 Analiza wpływu na budżet płatnika	102
Tabela 31 Analiza wpływu na budżet płatnika dla wariantów analizy wrażliwości dla I poziomu referencyjności	103

Spis rysunków

Rysunek 1. Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.	14
Rysunek 2. Wydatki na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień na przestrzeni lat 2016–2019 (w tysiącach zł).	33
Rysunek 3. Łączna liczba placówek (A) oraz liczba placówek w podziale na analizowane zakresy związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w latach 2015 – 2018.	36
Rysunek 4. Rozmieszczenie placówek udzielających świadczeń w zakresach związanych z zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w 2018 roku w podziale na WO NFZ.	37
Rysunek 5. Wartość udzielanych świadczeń (wykres słupkowy) oraz liczba udzielonych świadczeń (wykres liniowy) w analizowanych zakresach w latach 2015–2018.	38
Rysunek 6. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w ramach systemu oświaty z uwzględnieniem szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych.	40
Rysunek 7. Średnia liczba uczniów przypadających na jeden etat specjalisty a latach 2014-2016.....	41
Rysunek 8. Trudności poradni psychologiczno-pedagogicznych z zapewnieniem pomocy wszystkim potrzebującym.	42
Rysunek 9. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia z zakresie psychiatrii w latach 2007–2017 (Ministerstwo Zdrowia, 2007-2017).....	43
Rysunek 10. Liczba bezwzględna łóżek na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach stacjonarnych ogólnych (Ministerstwo Zdrowia, 2007-2017).....	44
Rysunek 11. Procentowe wykorzystanie łóżek na oddziałach psychiatrycznych w przypadku szpitali stacjonarnych ogólnych (Ministerstwo Zdrowia, 2007-2017)	44
Rysunek 12. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci oraz zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci – przypadki stabilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.	54
Rysunek 13. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci oraz oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci – przypadki stabilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.	55
Rysunek 14. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni	

psychologicznej dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci – przypadki stabilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.....	56
Rysunek 15. Suma liczby oczekujących na przyjęcie do oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci, oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci, zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – przypadki stabilne (NFZ, 2018).	58
Rysunek 16. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci oraz poradni zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci – przypadki pilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.	60
Rysunek 17. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do hotelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci oraz oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci – przypadki pilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.	61
Rysunek 18. Średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci – przypadki pilne (NFZ, 2018). Położenie bąbelka (zgodnie z pionową osią) odzwierciedla średnią liczbę osób oczekujących, natomiast wielkość bąbelka – średni czas oczekiwania. W tej samej kolejności podane są zmienne w etykietach bąbelków.	62
Rysunek 19. Suma liczby oczekujących na przyjęcie do oddziału dziennego psychiatrycznego dla dzieci, oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci, oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, oddziału psychiatrycznego (ogólnego) dla dzieci, poradni psychologicznej dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci, zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci oraz zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – przypadki pilne (NFZ, 2018).	64
Rysunek 20. Model finansowanie świadczeń związanych z opieką psychiatryczną w Anglii.	67
Rysunek 21. Drzewo decyzyjne ukazujące zależności pomiędzy klastrami.	70
Rysunek 22. Drzewo przedstawiające podział pacjentów 19 grup w oparciu o potrzeby.	71
Rysunek 23. Zależność pomiędzy rocznymi kosztami infrastruktury a liczbą personelu zatrudnioną w ośrodku.	79
Rysunek 24. Graficzne przedstawienie wyników analizy wrażliwości.	93
Rysunek 25. Wynik analizy kosztów dla scenariusza B – stawka miesięczna na pacjenta w terapii oraz różnica (%) przyrostu miesięcznej kwoty ryczałtu wyliczone na podstawie modelu regresji w zależności od liczby zatrudnionych członków zespołów terapeutycznych. Kolorem czerwonym zaznaczono ośrodki, dla których koszty przekraczają kwotę przychodów z NFZ.	93

8. Załączniki

Załącznik nr 1. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji

Załącznik nr 2. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień oraz warunki ich realizacji

Załącznik nr 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć oraz warunki ich realizacji

Załącznik nr 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji

Załącznik nr 5. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień oraz warunki realizacji tych świadczeń

Załącznik nr 6. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń

Załącznik nr 7. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień oraz warunki realizacji tych świadczeń

Załącznik nr 8. Katalog zakresów świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (świadczenia dla dzieci i młodzieży)