Minister Zdrowia

ZPP.050.109.2026.EB
Warszawa, 29 października 2026

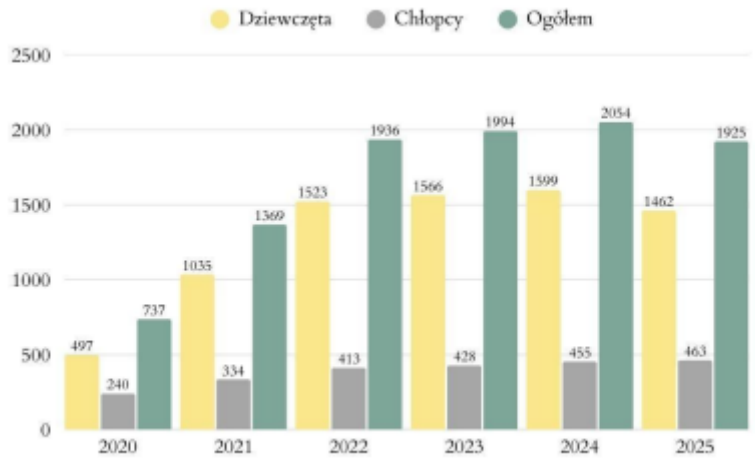
Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W odpowiedzi na interpelację nr 20364 w sprawie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz przeciwdziałania zachowaniom samobójczym wśród osób małoletnich, Ministerstwo Zdrowia prosi o przyjęcie poniższych informacji, stanowiących odpowiedź na wskazane w interpelacji pytania.

1. **Ile prób samobójczych oraz samobójstw zakończonych śmiercią wśród osób małoletnich odnotowano w Polsce w latach 2020–2025, z podziałem na poszczególne lata, grupy wiekowe i płeć?**

W latach 2020–2024 liczba prób samobójczych wśród młodzieży wzrosła o 179%, z 736 do 2054 przypadków. W 2025 r. ta tendencja wzrostowa uległa odwróceniu po raz pierwszy od 2020 r., a liczba prób samobójczych spadła o około 6% do 1925 przypadków.



telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

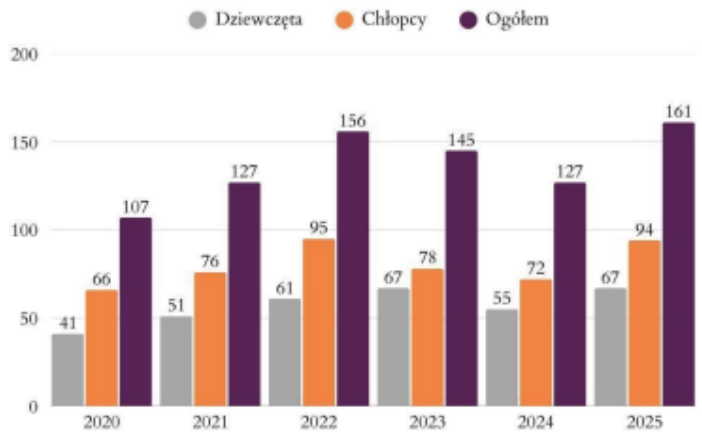
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Źródło: https://zwjr.pl/artykuly/raport-zachowania-samobojcze-2020-2025

Rok	Liczba osób w zamachach samobójczych (próby samobójcze)	Grupa wiekowa - '0-6'	Grupa wiekowa - '7-12'	Grupa wiekowa - '13-18'
2020	736	0	28	708
2021	1369	0	83	1286
2022	1937	0	79	1858
2023	1994	0	78	1916
2024	2054	0	86	1968
2025	1925	0	83	1842

Źródło: Dane Komendy Głównej Policji, https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze

Po krótkim spadku w ciągu poprzednich dwóch lat liczba samobójstw wzrosła w 2025 r. o prawie 27%, z 127 w roku poprzednim do 161, co wskazuje na utrzymujący się wysoki poziom zagrożenia w populacji rozwojowej.



Źródło: https://zwjr.pl/artykuly/raport-zachowania-samobojcze-2020-2025

Rok	Liczba osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem – poniżej 19 r. ż.	Grupa wiekowa - '0-6'	Grupa wiekowa - '7-12'	Grupa wiekowa - '13-18'
2020	107	0	1	106
2021	127	0	2	125
2022	156	0	6	150
2023	145	0	7	138
2024	127	0	3	124
2025	161	0	5	156

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Źródło: Dane Komendy Głównej Policji, https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze

2. **Jak Ministerstwo Zdrowia ocenia obecny stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz skalę występowania myśli suicydalnych, samookaleczeń i prób samobójczych w tej grupie?**

Wzrost zachowań samobójczych obserwowany wśród nastolatków w następstwie pandemii COVID-19 podkreśla pilną potrzebę wdrożenia skutecznych środków zapobiegawczych skierowanych do uczniów i wykorzystujących mechanizmy wsparcia rówieśniczego, przy jednoczesnym zaangażowaniu rodziców i nauczycieli w pełnienie roli aktywnych podmiotów wspierających zdrowie psychiczne nastolatków.

3. **Jak Ministerstwo interpretuje spadek liczby odnotowanych prób samobójczych w 2025 r. przy jednoczesnym wzroście liczby przypadków zakończonych śmiercią? Czy przeprowadzono analizę przyczyn tego zjawiska?**

Rok 2025 był rokiem w którym spadła liczba odnotowanych przez policję prób samobójczych, natomiast niespodziewanie po dwóch latach spadków zaobserwowano wzrost liczby samobójstw dzieci i młodzieży (wzrost w grupie wiekowej 13-18 lat).

Zachowania samobójcze to rezultat ekspozycji na różne czynniki ryzyka, których szkodliwego i destrukcyjnego wpływu nie są w stanie zrównoważyć czynniki ochronne.

Jednocześnie na spadek liczby prób samobójczych mogły wpłynąć:

- zanikający negatywny wpływ pandemii COVID-19;
- rozwijający się system profilaktyki antysuicydalnej w Polsce również przyczynia się do odnotowywanych obecnie spadków liczby samobójstw;
- poprawa dostępu do pomocy psychologicznej dzięki nowemu modelowi psychiatrii dzieci i młodzieży (model środowiskowy);
- dostępność do anonimowej, całodobowej pomocy np. Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111, prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę;
- wdrożenie szeregu działań w ramach realizacji zadań ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, ujętych w Narodowym Programie Zdrowia.

4. **Ile obecnie funkcjonuje w Polsce placówek I, II i III poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży i jaka jest ich dostępność w poszczególnych województwach?**

Aktualnie na terenie kraju funkcjonuje:

- 540 Ośrodków/Zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny);
- 195 Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny);
- 37 Ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej.

Dane, dotyczące liczby podmiotów I, II i III poziomu referencyjnego są na bieżąco aktualizowane i umieszczane na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wraz z danymi adresowymi oraz wykazem w postaci tabeli oraz mapy: https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/

5. **Jaki jest obecnie średni i maksymalny czas oczekiwania dziecka na pierwszą konsultację psychologiczną, psychoterapeutyczną oraz psychiatryczną w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych?**

Poniższe tabele, opracowane przez NFZ przedstawiają średni oraz maksymalny czas oczekiwania na wizytę do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz poradni psychologicznych dla dzieci w poszczególnych województwach.

Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci:

OW	Województwo	Przypadek pilny			Przypadek stabilny		
		Średni czas oczekiwania	Mediana czasu oczekiwania	Maksymalny czas oczekiwania	Średni czas oczekiwania	Mediana czasu oczekiwania	Maksymalny czas oczekiwania
PL	**Polska**	**43**	**20**	**338**	**63**	**43**	**587**
01	Dolnośląskie	49	49	78	59	61	306
02	Kujawsko-pomorskie	0	0	0	67	0	239
03	Lubelskie	0	0	0	41	0	85
04	Lubuskie	45	0	47	118	0	197
05	Łódzkie	58	33	130	62	34	183
06	Małopolskie	12	6	80	39	34	177
07	Mazowieckie	32	19	338	102	77	587
08	Opolskie	117	117	117	87	87	124
09	Podkarpackie	45	41	75	22	15	192
10	Podlaskie	98	98	136	103	69	306
11	Pomorskie	38	32	92	116	101	331
12	Śląskie	105	119	167	95	65	271
13	Świętokrzyskie	0	0	0	62	60	93
14	Warmińsko-mazurskie	23	23	23	67	37	260
15	Wielkopolskie	31	34	50	41	48	246
16	Zachodniopomorskie	0	0	0	201	216	286

Poradnia psychologiczna dla dzieci:

OW	Województwo	Przypadek pilny			Przypadek stabilny		
		Średni czas oczekiwania	Mediana czasu oczekiwania	Maksymalny czas oczekiwania	Średni czas oczekiwania	Mediana czasu oczekiwania	Maksymalny czas oczekiwania
PL	**Polska**	**13**	**7**	**95**	**30**	**12**	**385**
01	Dolnośląskie	12	6	47	31	24	147
02	Kujawsko-pomorskie	4	4	25	22	13	133
03	Lubelskie	22	24	24	121	91	200
04	Lubuskie	5	6	6	56	32	184
05	Łódzkie	0	0	0	20	10	248
06	Małopolskie	1	0	5	20	14	138
07	Mazowieckie	16	18	25	19	2	174
08	Opolskie	3	3	5	35	17	95
09	Podkarpackie	7	6	12	28	9	361
10	Podlaskie	23	23	24	38	22	136
11	Pomorskie	12	12	12	38	28	130
12	Śląskie	11	7	42	14	12	78
13	Świętokrzyskie	0	0	0	15	11	34
14	Warmińsko-mazurskie	6	6	6	47	26	221
15	Wielkopolskie	13	9	95	22	15	101
16	Zachodniopomorskie	29	28	37	47	30	385

Słownik pojęć	
ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA	Średni czas oczekiwania osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w 3 miesiącach
MEDIANA CZASU OCZEKIWANIA	Mediana czasu oczekiwania osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w 3 miesiącach
MAKSYMALNY CZAS OCZEKIWANIA	Maksymalny średni czas oczekiwania osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w 3 miesiącach sprawozdany wśród świadczeniodawców w danym przekroju
Przypadek pilny	Pacjent znajduje się w stanie nagłym i konieczna jest możliwość szybkiego pozyskania świadczenia w celu ratowania zdrowia lub znacznego zmniejszenia stanu zagrożenia zdrowia
Przypadek stabilny	Pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie kwalifikuje się do kategorii przypadek pilny.
Maksymalny czas oczekiwania	Maksymalny średni czas oczekiwania osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w 3 miesiącach sprawozdany wśród świadczeniodawców w danym przekroju

6. **Czy Ministerstwo posiada dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży oczekujących obecnie na świadczenia psychiatryczne i psychoterapeutyczne oraz liczby małoletnich objętych taką opieką w latach 2023–2026?**

Liczba pacjentów w wieku poniżej 18 lat, którzy mieli sprawozdane co najmniej jedno świadczenie w rodzaju świadczeń '04 – Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień', z wyłączeniem zakresów świadczeń związanych z leczeniem uzależnień.

Rok	Liczba pacjentów <18 lat
2015	143 587
2016	146 213
2017	148 554
2018	150 607
2019	153 020
2020	151 309
2021	222 052
2022	265 415

2023	297 079
2026 (od stycznia do sierpnia)	314 408

Liczba pacjentów w wieku poniżej 18 lat, którzy mieli sprawozdane co najmniej jedno świadczenie (niezależnie od zakresu świadczeń) z rozpoznaniem głównym F00-F09,F20-F99 wg klasyfikacji ICD-10 (z 5-znakowym rozszerzeniem lub bez wskazanego rozszerzenia)

Rok	Liczba pacjentów <18 lat
2015	318 503
2016	319 633
2017	321 534
2018	324 595
2019	334 165
2020	301 318
2021	363 076
2022	417 276
2023	449 210
2026 (od stycznia do sierpnia)	434 019

7. **Ilu lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży wykonuje obecnie zawód w Polsce i czy Ministerstwo ocenia obecne zasoby kadrowe jako wystarczające do rzeczywistych potrzeb? Jakie działania są podejmowane w celu zwiększenia liczby specjalistów?**

W odniesieniu do liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania na rzecz zapewnienia wysoko wykwalifikowanej kadry w zakresie opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. W tym celu psychiatria dzieci i młodzieży została wpisana na listę dziedzin priorytetowych, co oznacza, że podjęcie kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie jest premiowane finansowo, a ponadto przewidziano dodatkowe miejsca rezydenckie. Ponadto do 2027 r. zaplanowano wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikacje w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży. Szkolenia są realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), współfinansowanego ze środków EFS.

Powyższe działania przynoszą efekty. Aktualne dane NFZ wskazują na systematyczny wzrost liczby lekarzy na przestrzeni ostatnich lat:

Rok	Liczba lekarzy ogółem
2018	**466**
2019	**478**
2020	**492**

2021	**516**
2022	**568**
2023	**655**
2026	**915**

W latach 2018–2026 ich liczba wzrosła z 466 do 915, tj. o ok. 96%, co wskazuje na istotne zwiększenie potencjału kadrowego. Niemniej jest to nadal trwający proces, którego rezultaty będą zauważalne w dalszej perspektywie.

8. **Czy planowane jest dalsze zwiększanie finansowania psychiatrii oraz środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dzieci i młodzieży w latach 2027–2028? Jeśli tak, jakie środki zostaną na ten cel przeznaczone?**

W 2024 roku Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło działania mające na celu zapewnienie możliwości przeprowadzenia inwestycji w obszarze psychiatrii (zarówno dla dzieci i młodzieży jak i osób dorosłych). W sumie na ten cel przeznaczonych zostało **3 mld zł.**

Ze środków Funduszu Medycznego w ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej ogłoszony został konkurs na wsparcie i dofinansowanie zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Także w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko na lata 2021-2027 (FEnIKS) zaplanowano m.in. działania dotyczące wsparcia obszaru psychiatrii, w tym psychiatrii dzieci i młodzieży. Celem programu jest wsparcie w zakresie inwestycji na infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie dla wszystkich trzech poziomów referencyjnych w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży:

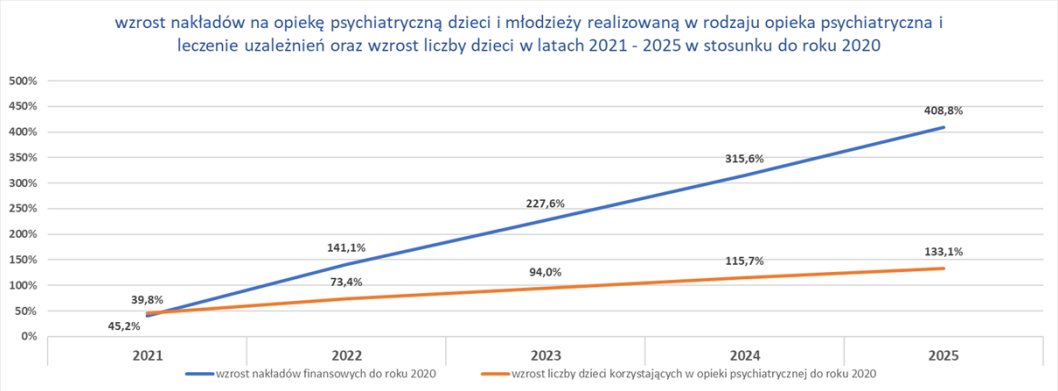
- Wsparcie infrastrukturalne nowych i istniejących Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych oraz ośrodków/zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny). Kwota wsparcia w ramach ww. projektu wynosi 90 mln zł dla CZP i ponad 143 mln zł dla ośrodków / zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.
- Wsparcie Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjny). Kwota środków finansowych przewidzianych na dofinansowanie projektów w naborze wynosi 150 mln zł.

- Wsparcie ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej (III poziom referencyjny). Kwota środków przewidzianych na dofinansowanie projektów w naborze wynosiła 408,55 mln zł.

Całkowita wartość projektu wynosi blisko 238 mln zł. Po zakończeniu naboru i wyborze przedsięwzięć projekt znajduje się obecnie na etapie zawierania i realizacji umów grantowych, obejmujących m.in. modernizację i doposażenie placówek.

Jednocześnie należy wskazać, iż dane NFZ, wskazują na systematyczny wzrost nakładów finansowych przeznaczonych na opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży:

Pozycja planu finansowego NFZ		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	wzrost do roku 2020
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3 036 151	3 264 881	3 658 512	4 557 529	5 338 807	5 728 925	6 508 246	
nakłady przeznaczone na finansowanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży		**258 714**	**305 951**	**427 571**	**737 758**	**1 002 143**	**1 271 488**	**1 556 744**	**408,82%**
udział nakładów przeznacznych na świadczen psychiatryczne dla dzieci w panie finansowym w pozycji B2.4		8,52%	9,37%	11,69%	16,19%	18,77%	22,27%	23,92%	
liczba dzieci objętych opieką psychiatryczną		**158 305**	**155 569**	**225 860**	**269 796**	**301 731**	**335 614**	**362 568**	**133,06%**
populacja nieletnich karju		6 948 706	6 997 537	6 992 641	6 950 826	6 864 881	6 744 961	6 744 961	
% populacji nieletnich objętych opieką psychiatryczną		**2,28%**	**2,22%**	**3,23%**	**3,88%**	**4,40%**	**4,98%**	**5,38%**	



W latach 2019–2025 nakłady na finansowanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wzrosły z ok. 259 mln zł do ponad 1,5 mld zł, co oznacza wzrost o ponad 400%. Wskazuje to na znaczące zwiększenie finansowania opieki psychiatrycznej skierowanej do dzieci i młodzieży.

9. **Jakie działania podejmuje Ministerstwo w zakresie profilaktyki zachowań samobójczych, w szczególności wczesnego rozpoznawania myśli suicydalnych i innych sygnałów mogących świadczyć o zagrożeniu życia młodego człowieka?**

Dzięki koordynacji prowadzonej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii od 2021 roku udało się zrealizować szereg działań w ramach Celu Operacyjnego nr 3 „Promocja zdrowia psychicznego" Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026.

Obejmowały one monitorowanie zachowań samobójczych, prowadzenie badań naukowych, opracowanie i wdrażanie programów profilaktycznych oraz standardów postępowania,

szkolenia dla różnych grup zawodowych, a także rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej.

W ramach zadania 3 polegającego na opracowaniu, wdrożeniu i ewaluacji programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii wdrożył polską adaptację amerykańskiego programu Sings of Suicide (SOS).

Program SOS to szkolny program profilaktyki zachowań samobójczych, obejmujący zajęcia edukacyjne dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz działania pomocowe dla osób zagrożonych kryzysem psychicznym.

Program SOS wykorzystuje trzy strategie zapobiegania zachowaniom samobójczym wśród młodzieży szkolnej:

- edukację uczniów: naukę schematu DZIAŁAJ w sytuacjach kryzysu psychicznego oraz uwrażliwienie na problemy zdrowia psychicznego i związane z tym ryzyko zachowań samobójczych,
- prowadzenie badań przesiewowych w kierunku ryzyka depresji lub/i zachowań samobójczych,
- edukację nauczycieli i nauczycieli specjalistów w zakresie metod profilaktyki zachowań samobójczych i innych problemów zdrowia psychicznego.

Jego celem jest zwiększenie wiedzy o sygnałach ostrzegawczych, wzmacnianie gotowości do szukania pomocy oraz ograniczanie ryzyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży.

W 2025 r. odbyło się wdrożenie programu profilaktycznego SOS w około 100 szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.

W pierwszej połowie 2025 r. realizowano program SOS w ramach badań quasi-eksperymentalnych i monitoringu, obejmując nim 21 szkół oraz 1388 uczniów, a także szkoląc ok. 150 realizatorów. Około 10% uczniów skorzystało z konsultacji psychologicznych/pedagogicznych dzięki udziałowi w programie, przy czym 1/3 z nich po raz pierwszy trafiła do specjalisty właśnie za jego sprawą.

W drugiej połowie 2025 r. program rozszerzono na 94 szkoły w 15 województwach, szkoląc dodatkowo ok. 700 pracowników szkół.

Do jesiennej realizacji programu SOS zakwalifikowano około 300 szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

Realizacja programu SOS pozwala na identyfikację uczniów z grupy zwiększonego ryzyka i udzielenie im profesjonalnego wsparcia w szkole lub w pozaszkolnych ośrodkach pomocowych.

Wyniki ewaluacji Programu SOS[1] , potwierdziły skuteczność programu w kilku obszarach: wiedzy, przekonaniach, szukania pomocy oraz częstotliwości prób samobójczych.

Istotnym obszarem naszych działań było także kształtowanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej dotyczącej zachowań samobójczych. Obejmowały one opracowanie i upowszechnianie standardów bezpiecznego informowania, stały monitoring przekazów medialnych, konsultowanie materiałów prasowych i dzieł kultury oraz interwencje w przypadku treści niezgodnych z przyjętymi zasadami. Istotnym elementem działań było także rozwijanie kompetencji przedstawicieli mediów poprzez szkolenia, webinary i konferencje poświęcone odpowiedzialnemu podejmowaniu tematyki zachowań samobójczych.

Zapewniony jest dostęp do bezpośredniej całodobowej, bezpłatnej i ogólnopolskiej pomocy i wsparcia dla osób znajdujących się w kryzysie psychicznym w ramach funkcjonujących Centrum Wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym oraz od 2024 r. telefonu zaufania 116 111 dla dzieci i młodzieży. Pomoc jest dostępna telefonicznie, przez czat oraz pocztę elektroniczną i obejmuje wsparcie psychologiczne, interwencję kryzysową, psychoedukację oraz konsultacje specjalistyczne.

Działaniom pomocowym towarzyszą kampanie informacyjne i edukacyjne, służące zwiększeniu rozpoznawalności telefonów zaufania, upowszechnianiu wiedzy o dostępnych formach wsparcia oraz wzmacnianiu gotowości do poszukiwania pomocy.

Wszystkie te działania stworzyły spójny model obejmujący monitoring, badania naukowe, profilaktykę, edukację, odpowiedzialną komunikację publiczną, współpracę międzysektorową oraz bezpośrednie wsparcie osób w kryzysie psychicznym.

Powstałe programy, standardy, procedury, podręczniki, raporty i materiały szkoleniowe stanowią trwały fundament dalszego wzmacniania krajowego systemu ochrony zdrowia psychicznego i zapobiegania zachowaniom samobójczym.

10. **Czy wypracowano lub planuje się wprowadzenie jednolitych standardów postępowania z dzieckiem po próbie samobójczej, obejmujących nie tylko doraźne zabezpieczenie medyczne, lecz również dalszą opiekę psychiatryczną, psychologiczną, psychoterapeutyczną oraz wsparcie jego rodziny?**

1 https://www.researchgate.net/publication/391663499_Raport_z_z_ewaluacji_pilotazowego_wdrozenia_programu_SOS_w_szkolach_podstawowych_i_ponadpodstawowych_w_roku_szkolnym_202425

Opracowano standardy postępowania w kontakcie z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej oraz w żałobie po śmierci samobójczej. Standardy te przygotowano dla nauczycieli, nauczycieli specjalistów, pracowników socjalnych, służb mundurowych, duchownych, kuratorów sądowych wykonujących orzeczenia w sprawach karnych oraz pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich. Powstały zarówno wersje skrócone i rozszerzone, a także materiały dydaktyczne, prezentacje, testy wiedzy i ankiety ewaluacyjne.

W celu ich wdrożenia w latach 2024–2025 przeprowadzono łącznie 201 szkoleń, w których uczestniczyło łącznie 42 214 osób. Obecnie trwają prace nad pilotażowym wdrożeniem standardów postępowania dla lekarzy POZ i pediatrów oraz dla psychologów.

11. **W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia współpracuje z Ministerstwem Edukacji Narodowej w zakresie wczesnego rozpoznawania kryzysów psychicznych dzieci i młodzieży oraz zapewnienia szybkiej ścieżki kierowania ucznia do odpowiedniej formy pomocy?**

Poza wdrażaniem standardów, przeszkolono trenerów odpowiedzialnych za dalsze upowszechnianie wiedzy, a także prowadzono szkolenia dla terapeutów środowiskowych przygotowujące ich do prowadzenia działań profilaktycznych w szkołach.

W 2023 roku podjęto kompleksowe działania mające na celu opracowanie i przygotowanie do wdrożenia programu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego w szkołach, realizowanego przez terapeutów środowiskowych z pierwszego poziomu referencyjnego.

Natomiast w 2025 r. realizowano działania ukierunkowane na przygotowanie terapeutów środowiskowych pierwszego poziomu referencyjnego do prowadzenia warsztatów profilaktycznych w placówkach oświatowych. Działanie to wpisuje się w założenia wczesnej profilaktyki problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz wzmacniania roli środowiska szkolnego jako kluczowego obszaru oddziaływań zapobiegawczych.

Podjęte prace koncentrowały się na opracowaniu programu szkoleń dla terapeutów środowiskowych, którego celem było wyposażenie ich w wiedzę, kompetencje oraz gotowe narzędzia umożliwiające prowadzenie spójnych, bezpiecznych i dostosowanych rozwojowo warsztatów profilaktycznych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych. Przyjęto założenie, że terapeuci środowiskowi – jako osoby funkcjonujące na styku systemu ochrony zdrowia psychicznego, rodziny i szkoły – pełnią istotną rolę w realizacji działań profilaktycznych na pierwszym poziomie referencyjnym.

Realizacja powyższego ma na celu:

- zwiększenie kompetencji terapeutów środowiskowych,

- wzmocnienie umiejętności uczniów w zakresie radzenia sobie z trudnościami
- emocjonalnymi i stresem,
- wsparcie nauczycieli i rodziców w zakresie wczesnego rozpoznawania sygnałów
- ostrzegawczych problemów zdrowia psychicznego,
- promowanie zdrowia psychicznego jako integralnej części funkcjonowania szkoły,
- budowanie bardziej wspierającego środowiska edukacyjnego.

12. **Czy Ministerstwo planuje stworzenie lub rozwinięcie ogólnopolskiego systemu monitorowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży, który umożliwiałby nie tylko analizowanie przypadków zakończonych próbą samobójczą, ale również identyfikowanie czynników ryzyka i ocenę skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych?**

Należy wskazać, iż w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2021 wskazano do realizacji zadanie nr 8 polegające na Monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej, zachowań samobójczych i postaw społecznych.

Ciągłość monitorowania i systematyczna ewaluacja działań umożliwiają nie tylko ocenę skuteczności podejmowanych interwencji, lecz także wczesne identyfikowanie nowych zagrożeń i dostosowywanie polityk publicznych do zmieniającej się struktury ryzyka.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń należy stwierdzić, iż skuteczna polityka zapobiegania samobójstwom w Polsce powinna opierać się na trzech wzajemnie powiązanych filarach.

Pierwszym z nich jest wzmocnienie monitoringu, obejmujące integrację danych policyjnych i zdrowotnych oraz bieżącą analizę danych miesięcznych z uwzględnieniem wieku i płci.

Drugim filarem jest standaryzacja i poprawa jakości opieki po próbach samobójczych, w tym powszechne stosowanie planów bezpieczeństwa oraz zapewnienie ciągłości opieki, szczególnie w grupach młodych osób.

Trzecim filarem są ukierunkowane, sezonowe działania profilaktyczne realizowane w środowisku szkolnym, lokalnym i zdrowotnym, dostosowane do specyfiki grup ryzyka i uwarunkowań regionalnych.

W nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia, działania będą skupiały się wokół rozwiązań już funkcjonujących, wdrożonych w ramach dotychczasowych edycji NPZ, ale także wprowadzeniu nowych inicjatyw promujących zdrowie psychiczne, których celem jest skuteczne ograniczenie skali problemu stanowiącego istotne wyzwanie zdrowotne i społeczne.

Wiodącym celem jest dalsze budowanie warunków sprzyjających dobrostanowi psychicznemu, wczesnemu rozpoznawaniu kryzysów oraz skutecznemu ograniczaniu skali zachowań samobójczych.

Jest to bowiem nie tylko wyzwanie zdrowotne, ale także jedno z najważniejszych wyzwań społecznych, wymagające wspólnej odpowiedzialności i długofalowej współpracy.

13. **Czy Ministerstwo Zdrowia analizuje wpływ czasu oczekiwania dzieci i młodzieży na pomoc psychologiczną, psychoterapeutyczną i psychiatryczną na pogłębianie się zaburzeń oraz rozwój wtórnych powikłań somatycznych, a także związane z tym późniejsze koszty leczenia? Czy zwiększenie dostępności wczesnej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego jest analizowane również jako element profilaktyki poważniejszych konsekwencji zdrowotnych i ograniczania kosztów ich późniejszego leczenia?**

Ministerstwo Zdrowia dostrzega znaczenie możliwie wczesnego zapewnienia dzieciom i młodzieży pomocy w sytuacji wystąpienia problemów w zakresie zdrowia psychicznego. Jednym z zasadniczych celów wdrażanej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest zwiększanie dostępności świadczeń oraz zapewnienie możliwości uzyskania adekwatnego wsparcia na możliwie wczesnym etapie, zanim stan pacjenta będzie wymagał bardziej intensywnych form leczenia. Reforma zakłada rozwój opieki na trzech poziomach referencyjnych, w tym przede wszystkim pomocy środowiskowej udzielanej blisko miejsca zamieszkania pacjenta.

Należy wskazać, iż niezbędnym elementem systemu wsparcia dzieci i młodzieży doświadczających sytuacji kryzysowych, trudności emocjonalnych lub innych okoliczności negatywnie wpływających na ich dobrostan psychiczny jest również zapewnienie dostępu do doraźnego, bezpłatnego i anonimowego wsparcia. Jedną z takich form jest Centrum wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym, prowadzone przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (https://centrumwsparciadladzieci.pl/). Centrum jest finansowe z budżetu państwa od 1 maja 2024 r. i zapewnia całodobową, bezpłatną i anonimową pomoc za pośrednictwem telefonicznej linii wsparcia 116 111, czatu oraz poczty elektronicznej.

W okresie od stycznia do września 2026 r. odnotowano łącznie **45 217 kontaktów**, czyli średnio około **5 024 kontaktów miesięcznie**. Kontakty obejmują dyżury interwencyjno – wspierające oraz dyżury specjalistyczne. Najwięcej kontaktów odnotowano w styczniu, kiedy ich liczba wyniosła **5 575**. We wrześniu odnotowano **4 492 kontakty**, tj. o **19,4% mniej niż w styczniu**. Najczęściej wykorzystywaną formą wsparcia były telefoniczne konsultacje psychologiczne. W analizowanym okresie udzielono ich **25 765**, co stanowiło **57,0% wszystkich kontaktów**.

Największe natężenie poradnictwa przypadało na godziny popołudniowe i wieczorne. Główne problemy zgłaszane we wszystkich analizowanych miesiącach dotyczyły zdrowia psychicznego, relacji rówieśniczych oraz sytuacji rodzinnej. Najliczniejszą grupę osób korzystających ze wsparcia stanowiła młodzież w wieku 13–17 lat, a w podziale według płci najwięcej kontaktów przypisano dziewczętom i kobietom.

W analizowanym okresie odnotowano również **621 interwencji policyjnych związanych z ratowaniem życia z powodu zamiaru lub podjęcia zamachu samobójczego** oraz **62 interwencje dotyczące przemocy**. Dane te potwierdzają utrzymujące się wysokie zapotrzebowanie na całodobowe, łatwo dostępne i anonimowe wsparcie dla dzieci i młodzieży, w tym na możliwość niezwłocznego podjęcia działań w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/