



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej:
Centrum Zdrowia Psychicznego

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

DMiOSZ.4100.2.2026

Data ukończenia: 14.05.2026 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) 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 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a-4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 930 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

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

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane (nie dotyczy) stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy i dane stanowiące tajemnicę refundacyjną.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.), art. 35 ust. 4 – 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)² oraz art. 30b ust.1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

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

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nie dotyczy).

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnice przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) 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 2022 r., poz.902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233) i art. 35 ust. 4a-4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

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

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

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 2022 r., poz. 902) 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: dane osobowe.

¹ podstawa prawna zakreśli danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

² podstawa prawna zakreśli w analizie weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

Wykaz skrótów

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CDZ	Centrum zdrowia psychicznego (cz. <i>Centra Duševního Zdraví</i>)
CMP	Centra medyczno-psychologiczne (fr. <i>Les centres médico-psychologiques</i>)
CSM	Centrum zdrowia psychicznego (wł. <i>Centro di Salute Mentale</i>)
CZP	Centrum zdrowia psychicznego
DSM-5-TR	Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych (ang. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision</i>)
DPS	Dom Pomocy Społecznej
DSOZ	Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia
ESP	Asystent zdrowienia (wł. <i>Esperto di Supporto tra Pari</i>)
EZOP	Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej – akronim badania „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań”.
F-ACT	Model asertywnej opieki środowiskowej (ang. <i>Flexible Assertive Community Treatment</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
ICD-10 oraz ICD-11	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – wersja 10 i 11 (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
IT	Technologie informatyczne (ang. <i>Information Technology</i>)
KK	Konsultant krajowy
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NGO	Organizacja pozarządowa (ang. <i>Non-Governmental Organization</i>)
NHS	Płatnik publiczny w brytyjskim systemie ochrony zdrowia (ang. <i>National Health Service</i>)
NPOZP	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
OPiLU	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OSCZP	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego
OW NFZ	Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PESEL	Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PZK	Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis treści

Wykaz skrótów	3
Spis treści.....	4
1. Podstawowe informacje o zleceniu	5
2. Streszczenie wykonawcze.....	6
3. Przedmiot i historia zlecenia.....	14
4. Analiza problemu decyzyjnego	15
4.1. Problem zdrowotny.....	16
4.2. Populacja docelowa	20
4.3. Aktualny stan finansowania	20
4.4. Wcześniejsze postępowanie administracyjne w Polsce	24
4.5. Program pilotażowy Centra Zdrowia Psychicznego.....	24
4.5.1. Założenia i cel programu pilotażowego.....	24
4.5.2. Standardy opieki w centrach zdrowia psychicznego	26
4.5.3. Wnioski z realizacji programu pilotażowego.....	29
4.5.4. Wskaźniki realizacji pilotażu	33
4.5.5. Propozycja zmian w modelu finansowania CZP.....	35
5. Propozycja warunków realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.....	37
6. Analiza kliniczna	53
7. Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach	54
7.1. Metodyka	54
7.2. Opis.....	54
7.3. Podsumowanie.....	59
8. Opinie ekspertów klinicznych.....	62
8.1. Informacje ogólne.....	62
8.2. Podsumowanie opinii ekspertów.....	62
9. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	64
9.1. Opinia Prezesa NFZ	64
9.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia	65
9.2.1. Metodyka analizy	65
9.2.2. Założenia analizy	66
9.2.3. Wyniki analizy	66
9.2.4. Ograniczenia analizy	68
10. Podsumowanie i kluczowe wnioski	69
11. Piśmiennictwo.....	71
12. Spis tabel i rysunków.....	74
13. Załącznik	75

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (22.04.2026) i znak pisma zlecającego:

Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2026 r. (znak: DLGT.0210.5.2025.AM)

Pełna nazwa zlecenia:

Przygotowanie na podstawie art. 31c ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) rekomendacji w sprawie dla zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Centrum Zdrowia Psychicznego w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383) jako świadczenia gwarantowanego.

Tryb zlecenia:

- ☐ zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- ☐ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e-f ustawy o świadczeniach)
- ☐ realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☐ ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☐ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☐ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca: Minister Zdrowia

2. Streszczenie wykonawcze

Analiza problemu decyzyjnego

Cel opracowania analitycznego

Niniejsze opracowanie analityczne zostało przygotowane na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia i obejmuje ocenę zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Centrum Zdrowia Psychicznego (dalej zwane CZP) w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383) jako świadczenia gwarantowanego.

Proponowane świadczenie zostało zaprojektowane w oparciu o doświadczenia programu pilotażowego Centrów Zdrowia Psychicznego, który został wdrożony w 2018 r. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852) i będzie trwał do 31 grudnia 2026 r.

Celem zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego jest wdrożenie w skali całego kraju modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych, opartego na odpowiedzialności terytorialnej i zapewnieniu kompleksowej opieki blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Proponowane świadczenie stanowi zmianę w zakresie organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Problem zdrowotny

Zdrowie psychiczne stanowi integralny element ogólnego stanu zdrowia i dobrostanu człowieka oraz jest uznawane za jedno z podstawowych praw człowieka. Jego utrzymanie ma kluczowe znaczenie dla rozwoju osobistego, funkcjonowania społecznego oraz rozwoju społeczno-ekonomicznego. Zaburzenia psychiczne obejmują heterogenną grupę jednostek chorobowych o zróżnicowanej etiopatogenezie i przebiegu klinicznym, często charakteryzującym się nawrotowością. Ich konsekwencje wykraczają poza sferę zdrowia psychicznego, obejmując istotne następstwa psychospołeczne oraz zwiększone ryzyko powikłań somatycznych, w tym chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych, a także zachowań autodestrukcyjnych.

W 2021 r. zaburzenia psychiczne dotyczyły około 14% globalnej populacji (ok. 1,1 mld osób), przy czym zaburzenia lękowe i depresyjne odpowiadały za ponad dwie trzecie przypadków. W latach 2011–2021 liczba osób doświadczających zaburzeń psychicznych rosła szybciej niż liczba ludności na świecie. Wyniki badania EZOP II wskazują, że 26,5% populacji Polski doświadczyło co najmniej jednego zaburzenia psychicznego w ciągu życia, 7,9% w ostatnich 12 miesiącach oraz 3,5% w ostatnim miesiącu. Potrzeba leczenia zaburzeń psychicznych wynika ze złożonego procesu decyzyjnego, w którym uwzględnia się m.in. nasilenie i charakter objawów (np. obecność myśli i tendencji samobójczych), stopień cierpienia i niesprawności pacjenta, relację ryzyka do spodziewanych korzyści terapeutycznych oraz współwystępowanie innych schorzeń. Skuteczne postępowanie terapeutyczne wymaga dostosowania interwencji do rodzaju zaburzenia, nasilenia objawów oraz indywidualnych potrzeb pacjenta, przy jednoczesnym uwzględnieniu aktualnych standardów postępowania o udokumentowanej skuteczności. Współcześnie, w oparciu o zalecenia organizacji międzynarodowych, w tym WHO, promowane jest wdrażanie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Opiera się on na świadczeniach realizowanych w społecznościach lokalnych i stopniowo zastępuje model skoncentrowany na leczeniu stacjonarnym. Model środowiskowy obejmuje nie tylko leczenie i opiekę, lecz także działania z zakresu profilaktyki, rehabilitacji oraz promocji zdrowia psychicznego, sprzyjając poprawie wyników zdrowotnych, procesowi zdrowienia i reintegracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ograniczaniu zjawiska stygmatyzacji.

Populacja docelowa

Populacja docelowa to osoby dorosłe zamieszkałe na terytorium objętym odpowiedzialnością danego Centrum Zdrowia Psychicznego, osoby z jakimikolwiek zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD10: F00-F99)

– od łagodnych i umiarkowanych po ciężkie i nawracające, w tym osoby w kryzysie psychicznym wymagające pilnej interwencji.

Model świadczenia zakłada populacyjną odpowiedzialność centrów za osoby dorosłe zamieszkujące dany obszar i zapewnienie dostępności świadczeń dla całej populacji (jednocześnie nie wyklucza udzielania świadczeń osobom spoza danego obszaru). Przy takim założeniu populacja docelowa kwalifikująca się do świadczenia wynosi 30,21 mln osób. Populacja aktualnie objęta już świadczeniami CZP w ramach programu pilotażowego wynosi 15,64 mln osób (51%). Szacowany dla 2024 r. odsetek pacjentów leczonych w CZP spośród populacji objętej opieką CZP wynosił 3,2%.

Aktualny stan finansowania

Zasady finansowania i rozliczania Centrów Zdrowia Psychicznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1883). Podstawę finansowania centrów stanowią budżety populacyjne (ryczałt za populację objętą opieką) szacowane na podstawie liczby dorosłych mieszkańców obszaru objętego pilotażem (z uwzględnieniem stawki na jednego świadczeniobiorcę w kwocie 82,55 zł). W odniesieniu do mieszkańców domów pomocy społecznej, osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie zlokalizowanych na obszarze działania CZP stawka ta jest zwiększana 3,1-krotnie.

Kwota ryczałtu przyznawanego centrum podlega pomniejszeniom i powiększeniom wynikającym głównie z migracji pacjentów – koszty świadczeń udzielanych pacjentom z obszaru „objętego opieką” centrum przez innych świadczeniodawców (realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego) oraz koszty świadczeń udzielanych pacjentom spoza obszaru objętego pilotażem.

Zgodnie ze stanem prawnym na dzień 5 maja 2026 r. świadczenia realizowane w CZP, obejmują świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień w następujących zakresach świadczeń: świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie, świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych, świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne, leczenie środowiskowe (domowe), świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu, leczenie nerwic, świadczenia w opiece domowej/rodzinnej.

Świadczenia w centrach udzielane są w warunkach stacjonarnych (psychiatrycznych oraz w miejscu udzielania pomocy doraźnej), dziennych psychiatrycznych oraz ambulatoryjnych (psychiatrycznych, leczenia środowiskowego oraz całodobowej w punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych).

Szczegółowy tryb zawierania oraz warunki realizacji umów określa zarządzenie Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (NFZ z 2020 r. poz. 55 z późn. zm.).

Finansowanie Centrów Zdrowia Psychicznego w okresie trwania pilotażu (od II połowy 2018 roku), systematycznie wzrastało co wynikało ze zwiększenia stawki na świadczeniobiorcę oraz objęcia opieką coraz większej populacji. Łączna kwota ryczałtów podstawowych centrów zwiększyła się z 222,66 mln zł w 2019 r. do ponad 2,09 mld zł w 2024 r., a w pierwszym półroczu 2025 r. osiągnęła poziom 1,09 mld zł. Jednocześnie rosły koszty świadczeń udzielanych pacjentom w związku z migracjami, przy czym udział kosztów świadczeń udzielanych pacjentom spoza obszaru pilotażu w relacji do wysokości ryczałtów systematycznie malał.

Szacowane w ramach Opisu zakresu świadczenia dołączonego do zlecenia MZ obecne nakłady na pilotaż CZP wynoszą ok. 2,39 mld zł rocznie i są ponad 1,5 razy wyższe w porównaniu do nakładów na świadczenia z zakresu psychiatrii udzielane na zasadach ogólnych (ok. 1,56 mld zł).

Wcześniejsze postępowanie administracyjne

Przedmiot niniejszego opracowania analitycznego wiąże się merytorycznie z jedną wcześniejszą analizą AOTMiT tj. Opracowanie analityczne na potrzeby Ministra Zdrowia pt.: Kompleksowe świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego z dnia 27.10.2022 r. znak: WS.4220.7.2022. Niniejsze zlecenie

obejmowało przygotowanie projektu załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych i leczenia uzależnień zawierającego kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego w oparciu o założenia pilotażu.

Program pilotażowy Centrum Zdrowia Psychicznego

Pilotaż CZP rozpoczął się 1 lipca 2018 roku na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. jako element realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, i został przedłużony do 31 grudnia 2026 roku. Celem pilotażu, określonym w rozporządzeniu MZ, jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na CZP, w szczególności w zakresie organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. W założeniach pilotażu CZP funkcjonuje jako miejsce zapewniające natychmiastowy dostęp do opieki psychiatrycznej, przez całą dobę i bez konieczności posiadania skierowania. Zakres pomocy udzielanej w CZP, stosownie do potrzeb pacjentów, obejmuje porady w poradni zdrowia psychicznego, pobyt na oddziale dziennym lub całodobowym, a także wsparcie zespołu leczenia środowiskowego, udzielane w miejscu zamieszkania pacjentów, z uwzględnieniem wsparcia dla ich rodzin. CZP zapewniają opiekę psychiatryczną osobom dorosłym (powyżej 18 r.ż.) zamieszkującym określony obszar terytorialny. Osoby spoza obszaru zamieszkania, gdzie działa dane CZP mogą korzystać ze świadczeń CZP, jednak priorytetem działania centrum jest udzielenie pomocy mieszkańcom rejonu.

Kluczowym elementem jest koordynacja opieki, realizowana przez wyznaczonego koordynatora, odpowiedzialnego za zapewnienie spójności działań terapeutycznych, organizacyjnych i społecznych na wszystkich etapach leczenia. W realizacji zadań na obszarze swojego działania CZP współpracuje z lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej, w tym podmiotami systemu pomocy społecznej, placówkami opieki zdrowotnej, a także organizacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego oraz grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin.

W trakcie trwania pilotażu CZP Biuro ds. pilotażu NPOZP opracowało dokumenty koncepcyjne standardów diagnostyczno-terapeutycznych i organizacyjnych CZP. Standardy te szczegółowo opisują m.in. organizację funkcjonowania CZP, strukturę organizacyjną oraz formy udzielania świadczeń. Określają także zakres zadań Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego, koordynatorów opieki i asystentów zdrowienia oraz zasady opracowania i realizacji planu terapii zdrowienia.

Podsumowanie realizacji programu pilotażowego CZP

Powołany w 2024 r. przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego opracował raport końcowy z realizacji pilotażu. Analiza obejmuje przede wszystkim ocenę organizacji, struktury, jak i konsekwencje finansowe wdrożenia modelu w latach 2018–2024. W badanym okresie odnotowano wzrost publicznych nakładów na leczenie zaburzeń psychicznych (nominalnie o ponad 100%), przy jednoczesnym przesunięciu struktury wydatków z opieki stacjonarnej w kierunku ambulatoryjnej i środowiskowej. Analizy w oparciu o dane NFZ na przykładzie województwa małopolskiego wskazują, że prawidłowo funkcjonujące CZP nie generują wyższych kosztów całkowitych, a sprzyjają stabilizacji wydatków płatnika. Wyniki pilotażu potwierdzają pozytywny wpływ modelu CZP na dostępność i ciągłość opieki: zaobserwowano zmniejszenie liczby hospitalizacji oraz skrócenie ich średniego czasu trwania, a także poprawę koordynacji leczenia. Na dzień opracowania raportu działało 117 centrów zdrowia psychicznego, które obejmowały działalnością ok. 51% dorosłej populacji. Przewidywane w ramach oszacowań Zespołu środki finansowe na pilotaż centrów zdrowia psychicznego od 2018 r. do końca 2025 r. wynosiły 8,93 mld zł. Jednocześnie ujawniono istotne różnice regionalne w zakresie organizacji świadczeń i efektów kosztowych.

W 2024 r. pacjenci objęci aktywną opieką centrów zdrowia psychicznego (leczeni w CZP) stanowili średnio 3,5% populacji danego obszaru, co było zbliżone do przyjętego poziomu 3,0%. Jednocześnie odnotowano istotne zróżnicowanie regionalne – od 1,1% w woj. wielkopolskim do 4,6% w woj. świętokrzyskim. Na odrębne wnioski w przedmiotowym zakresie wskazuje NFZ – średni odsetek osób objętych opieką w CZP w 2024 r. wyniósł 3,13% podczas gdy odsetek ten dla opieki psychiatrycznej w tożsamych zakresach świadczeń wyniósł 4,23%. W opinii NFZ niższy odsetek osób leczonych może przekładać się na dostęp do leczenia w CZP i zwiększoną liczbę osób leczonych w ramach POZ.

Raport Zespołu identyfikuje jednak liczne bariery wdrożeniowe, w tym brak jednolitych regulacji prawnych i standardów organizacyjnych, nieprecyzyjne zasady finansowania i rozliczeń (m.in. budżetu populacyjnego), niedobory kadrowe oraz niewystarczające przygotowanie kadr do pracy w modelu środowiskowym. Dodatkowo wskazano na braki infrastrukturalne, nierówny dostęp do świadczeń, ograniczoną współpracę międzysektorową oraz niewystarczające upowszechnianie dobrych praktyk.

W odpowiedzi zaproponowano docelowy, mieszany model finansowania CZP, łączący budżet populacyjny z komponentem zadaniowym i jakościowym, a także doprecyzowanie wskaźników jakości, zasad waloryzacji i mechanizmów rozliczeniowych. Całość rekomendacji zmierza do zwiększenia efektywności alokacyjnej, poprawy jakości opieki oraz przygotowania do wdrożenia modelu CZP do systemu opieki zdrowotnej w skali całego kraju.

Propozycja warunków realizacji świadczenia

Załącznik do pisma zlecającego MZ przedstawia propozycję warunków realizacji nowego świadczenia gwarantowanego, wskazując, że jego udzielanie będzie realizowane przez podmioty funkcjonujące jako Centra Zdrowia Psychicznego. W projekcie określono warunki realizacji świadczenia gwarantowanego dla CZP, w podziale na warunki realizacji ogólne, dla wszystkich świadczeń w CZP oraz dla poszczególnych rodzajów świadczeń w warunkach stacjonarnych, w izbie przyjęć, w warunkach dziennych i w warunkach ambulatoryjnych. Propozycja obejmuje zakres świadczeń wraz z wymogami dla personelu. Świadczenie obejmuje również nowe elementy wprowadzone w ramach programu pilotażowego, ale aktualnie nie funkcjonujące poza CZP:

- Wprowadzenie koordynatora opieki;
- Wprowadzenie asystenta zdrowienia;
- Organizację punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK);
- Wprowadzenie wizyty zgłoszeniowo-koordynacyjnej.

Proponowany katalog świadczeń do realizacji przez Centrum Zdrowia Psychicznego obejmuje następujące zakresy:

1. Świadczenia w warunkach stacjonarnych:

- Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie

2. Świadczenia w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć

3. Świadczenia w warunkach dziennych:

- Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych lub świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych

4. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych

- Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK) i wizyta zgłoszeniowo-koordynacyjna;
- Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne w centrum zdrowia psychicznego:
 - *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*
 - *wizyta asystenta zdrowienia*

- Leczenie środowiskowe (domowe) w centrum zdrowia psychicznego
 - *porada domowa lub środowiskowa lekarska diagnostyczna*
 - *porada domowa lub środowiskowa lekarska terapeutyczna*
 - *porada domowa lub środowiskowa lekarska kontrolna*
 - *porada domowa lub środowiskowa psychologiczna diagnostyczna*
 - *porada domowa lub środowiskowa psychologiczna*
 - *wizyta, porada domowa lub środowiskowa*
 - *wizyta domowa lub środowiskowa osoby prowadzącej terapię środowiskową*
 - *sesja domowa lub środowiskowa wsparcia psychospołecznego*
 - *wizyta asystenta zdrowienia*

Szczegółowy opis projektu świadczenia wraz z minimalnymi wymogami realizacji przedstawiono w rozdziale 5.

Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach

Ośrodki lub sieci regionalne pełniące funkcje centrów zdrowia psychicznego są finansowane ze środków publicznych w następujących krajach: Australia, Czechy, Dania, Francja, Litwa, Niemcy, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy. W Wielkiej Brytanii ośrodki zdrowia psychicznego funkcjonują w ramach programów pilotażowych.

Przegląd rozwiązań dotyczących funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego w wyżej wymienionych krajach wskazuje na wyraźne ukierunkowane modeli organizacyjnych na opiekę środowiskową, zintegrowaną i skoordynowaną. Analizowane rozwiązania zakładają stopniowe ograniczanie roli opieki szpitalnej na rzecz wsparcia udzielanego bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, przy jednoczesnym zachowaniu powiązania z leczeniem specjalistycznym i szpitalnym.

We wszystkich analizowanych krajach, w których funkcjonują podmioty pełniące funkcję centrów zdrowia psychicznego, dostęp do tych świadczeń nie wymaga skierowania, z wyjątkiem Danii.

Za koordynację procesu leczenia może odpowiadać jedna osoba (Australia, Dania, Niemcy), od jednego do kilku lekarzy lub pielęgniarek (Francja) albo zespół wielodyscyplinarny (Słowenia, Włochy). Zespół sprawujący opiekę nad pacjentem w ramach ośrodków lub sieci regionalnych pełniących funkcje centrów zdrowia psychicznego składa się ze specjalistów z różnych dziedzin, m.in. lekarzy i psychologów (Australia, Czechy, Dania, Francja, Litwa, Niemcy, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy), pielęgniarek i pracowników socjalnych (Australia, Czechy, Dania, Francja, Litwa, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy) oraz asystentów zdrowienia (Australia, Dania, Wielka Brytania, Włochy).

W Niemczech, Danii i Czechach określono minimalne wymagania kadrowe dla centrów zdrowia psychicznego, przy czym zakres i struktura zespołów różnią się między krajami (Tabela 9). Inne różnice między krajami dotyczą stopnia formalizacji modelu organizacji ośrodków lub sieci pełniących zadania centrów zdrowia psychicznego, zakresu ich integracji z pomocą społeczną oraz etapu wdrożenia reform, jednak ogólny kierunek zmian pozostaje zbieżny.

Opinie ekspertów klinicznych

Otrzymano 3 opinie eksperckie od konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień. KK w dziedzinie psychiatrii oraz pielęgniarstwa psychiatrycznego wskazują na zasadność finansowania wnioskowanego świadczenia Centra Zdrowia Psychicznego ze środków publicznych wskazując, że proponowany model odpowiada na kluczowe potrzeby systemowe psychiatrii dorosłych: terytorialną odpowiedzialność za populację, ciągłość opieki, szybki dostęp dla osób w kryzysie oraz powiązanie świadczeń ambulatoryjnych, środowiskowych, dziennych i stacjonarnych. Model CZP ogranicza fragmentację leczenia, wzmacnia wczesną interwencję oraz pozwala kierować pacjenta do najmniej restrykcyjnej, a jednocześnie klinicznie adekwatnej formy pomocy. CZP powinno stanowić podstawowy element specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla populacji danego obszaru, ale nie powinno być traktowane jako jedyne zabezpieczenie zdrowia psychicznego w systemie. Natomiast KK w dziedzinie psychoterapii uzależnień wyraziła negatywną opinię w zakresie finansowania świadczenia w zaproponowanym kształcie z uwagi na następujące kwestie: finansowanie powinno uwzględniać nasilenie problemów zdrowotnych oraz współwystępujące zaburzenia; zbyt mało sesji przeznaczonych na diagnozę psychologiczną, w stosunku do opisanych zadań oraz nie zawarto w wymogach

dot. personelu CZP specjalistów psychoterapii uzależnień, pomimo, że uwzględnia się w ramach CZP opiekę nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10: F10-F19. Analogiczną uwagę dot. specjalistów psychoterapii uzależnień zgłosił NFZ.

Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Opinia Prezesa NFZ

Zgodnie z treścią opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia przekazanej pismem z dnia 11 maja 2026 r. (znak: NFZ-DSOZ-SOPiLU.4010.4.2026 2026.236354.CANP) całkowity koszt wdrożenia nowego świadczenia gwarantowanego realizowanego w Centrum Zdrowia Psychicznego w okresie 3 lat (2027–2029) wyniesie łącznie 1,34 mld zł.

Dodatkowo, w opinii, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje na następujące kwestie:

- o Zgodnie z danymi przekazanymi przez OW NFZ szacowana wartość umów na realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na 2026 r. wynosi 2 667 807 tys. zł, co oznacza konieczność uzupełnienia środków w pozycji „B2.21.1 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego” planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2026 r. o 1 223 641 tys. zł.
- o Szacowana w obecnej prognozie kosztów NFZ łączna kwota pozycji „B2.4 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” oraz „B2.21.1 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego” wynosi odpowiednio w roku 2027 – 8 198 909 tys. zł oraz w roku 2028 – 8 631 355 tys. zł.
- o W przypadku objęcia finansowaniem nowego świadczenia (od 1.01.2027 r.) w miejsce programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wymagać będzie uwzględnienia dodatkowych kosztów nowej regulacji przy ustalaniu struktury planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w prognozie kosztów NFZ na lata 2027-2029 oraz w projekcie planu finansowego NFZ na 2027 r.
- o W okresie przejściowym po wprowadzeniu do finansowania wnioskowanego świadczenia wystąpią różnice pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ w wysokości środków przeznaczanych na koszty opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w stosunku do wysokości środków przeznaczanych na pozostałe koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Obecnie funkcjonujący algorytm przydziału środków w ramach budżetów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia nie uwzględnia rozmieszczenia na terenie kraju obecnie funkcjonujących centrów zdrowia psychicznego.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowania AOTMiT

W oszacowaniu skutków finansowych przyjęto założenia przedstawione w opisie zakresu świadczenia stanowiącym załącznik do zlecenia MZ w którym przyjęto, że finansowanie projektowanego modelu świadczenia opierać się będzie na modelu ryczałtu trójskładnikowego (proponowanego w wyniku prac Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego). Przyjęto, że w pierwszym roku okresu przejściowego model CZP obejmie ok. 15% populacji dotychczas pozostającej poza pilotażem, w drugim roku kolejne 15%, natomiast w trzecim roku – ok. 21%. Szacowana populacja objęta świadczeniem wynosi około 30 mln osób dorosłych, co stanowi podstawę do kalkulacji wysokości ryczałtu.

Prezentowane wyniki mają charakter wstępny (preliminarny) i zostały oszacowane w oparciu o najbardziej prawdopodobne wartości przyjętych parametrów. Z uwagi na złożoność modelu (wielość zmiennych) oraz powiązanie finansowania CZP z finansowaniem świadczeń realizowanych poza obszarem centrów, wyniki wymagają weryfikacji w ramach pełnego procesu wyceny, obejmującego ponowne przeliczenie modelu w oparciu o aktualne, kompletne i zweryfikowane dane. Jednocześnie należy wskazać, że w analizie nie uwzględniono wariantów dotyczących rzeczywistego poziomu gotowości świadczeniodawców do wdrożenia CZP. W praktyce tempo wdrażania modelu w poszczególnych latach może być niższe niż przyjęte w założeniach, co może wpływać na odchylenia pomiędzy oszacowaniami a rzeczywistym poziomem kosztów, w szczególności w początkowym okresie funkcjonowania systemu.

Obecnie nakłady na pilotaż CZP wynoszą ok. 2,39 mld zł rocznie, zaś nakłady na świadczenia udzielane na zasadach ogólnych ok. 1,56 mld zł, co łącznie stanowi koszty na poziomie 3,95 mld zł.

Scenariusz nowy zakładający etapowe wdrażanie świadczenia zakłada następujące koszty:

- I rok: 5,03 mld zł
- II rok: 4,80 mld zł
- III rok: 5,06 mld zł

Koszt inkrementalny, czyli konsekwencje finansowe wprowadzenia proponowanych zmian, stanowiące różnicę w kosztach pomiędzy scenariuszem „nowym” (etapowe wdrażanie modelu CZP) a „istniejącym” jest dodatni (szacowane koszty w scenariuszu „nowym” są wyższe niż szacowane koszty w scenariuszu „istniejącym”) przy czym nie wzrastają w czasie trwania analizy. Koszty inkrementalne wynoszą w:

- I roku: 1,08 mld zł
- II roku: 0,84 mld zł
- III roku: 1,1 mld zł.

Podsumowanie i kluczowe wnioski

- Zmiana systemowa w obszarze opieki psychiatrycznej realizowana w Polsce od 2018 r. opiera się przede wszystkim na deinstytucjonalizacji psychiatrii (odejściu od opieki stacjonarnej w kierunku środowiskowej), poprawie dostępu i ciągłości opieki, skoordynowaniu opieki nad pacjentem oraz integracji świadczeń w modelu środowiskowym. Jej podstawą są Centra Zdrowia Psychicznego funkcjonujące w ramach programu pilotażowego do 31 grudnia 2026 r., zapewniające kompleksową opiekę dla dorosłych, w tym wsparcie kryzysowe i koordynację leczenia.
- Model CZP zakłada terytorialną organizację udzielania świadczeń, zgodnie z którą centrum odpowiada za populację zamieszkującą dany obszar, przy jednoczesnym zachowaniu możliwości udzielania świadczeń osobom spoza tego obszaru. Finansowanie opiera się na budżecie populacyjnym.
- Aktualnie 117 świadczeniodawców posiada podpisane umowy z NFZ realizując program pilotażowy i obejmując opieką 51% populacji osób dorosłych. W latach 2018–2025 wydatkowane środki na program pilotażowy sięgały 8,93 mld zł.
- Proponowany model CZP pozostaje spójny z modelami funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego w innych krajach europejskich oraz wybranych systemach międzynarodowych. Analizowane rozwiązania wskazują na wyraźne ukierunkowanie na rozwój opieki środowiskowej, zintegrowanej i skoordynowanej, przy jednoczesnym stopniowym ograniczaniu roli opieki szpitalnej na rzecz wsparcia realizowanego bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.
- W większości analizowanych systemów (m. in. w Australii, Czechach, Danii, Francji, Litwie, Niemczech, Słowenii, Wielkiej Brytanii, Włoszech) zakłada się m.in. koordynację procesu leczenia, funkcjonowanie zespołów interdyscyplinarnych, włączenie asystenta (mentora) zdrowienia oraz zapewnienie łatwo dostępnego, pierwszego punktu kontaktu.
- Opinie ekspertów wskazują na zasadność finansowania proponowanego świadczenia ze środków publicznych oraz na jego zgodność z kluczowymi potrzebami systemowymi psychiatrii dorosłych, przy jednoczesnym podkreśleniu, że CZP powinny stanowić podstawowy, lecz nie jedyny element zabezpieczenia zdrowia psychicznego w systemie opieki.
- Narodowy Fundusz Zdrowia zgłosił uwagi do projektu świadczenia, obejmujące konieczność doprecyzowania ról (m.in. koordynatora opieki i asystenta zdrowienia), dostosowania struktury personelu, organizacji świadczeń oraz zwiększenia liczby miejsc w opiece dziennej. Wskazano także na potrzebę jednoznacznego określenia miejsca realizacji części świadczeń, w szczególności w zakresie leczenia środowiskowego.
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje, że całkowity koszt inkrementalny wdrożenia projektowanego świadczenia w okresie 2027–2029 wyniesie łącznie ok 1,34 mld zł. Wdrażane zmiany skutkować będą koniecznością zmian w prognozie kosztów NFZ na lata 2027–2029 oraz w projekcie planu finansowego NFZ na 2027 r.

- Wprowadzenie wnioskowanego świadczenia wymaga przeprowadzenia pełnego procesu wyceny, obejmującego weryfikację i ponowne przeliczenie modelu w oparciu o aktualne, kompletne i zweryfikowane dane.
- **Korzyści**, które zostały wykazane w programie pilotażowym przez Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego to przede wszystkim:
 - skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia,
 - wzrost odsetka leczonych (do ok. 4% populacji w obszarach objętych CZP vs 2–2,5% w obszarach nieobjętych CZP),
 - zmniejszenie liczby i długości hospitalizacji, rehospitalizacji, co wskazuje na przesunięcie w stronę opieki ambulatoryjnej i środowiskowej,
 - zauważalna na obszarach objętych pilotażem zmiana w obserwowanych trendach dotyczących coraz wyższych kosztów pośrednich absencji z powodu zaburzeń i chorób psychicznych.
- **Ograniczenia** zidentyfikowane podczas realizacji programu pilotażowego:
 - zróżnicowany poziom wdrożenia między regionami,
 - brak wskaźników jakości odnoszących się do efektów klinicznych,
 - ograniczenia związane ze stosowaniem przyjętego modelu finansowania związane z ryzykiem niedoszacowania potrzeb, selekcji pacjentów oraz ograniczania świadczeń,
 - niedobór lekarzy psychiatrów, psychologów klinicznych, psychoterapeutów i pielęgniarek psychiatrycznych w systemie oraz specjalistów kluczowych dla modelu środowiskowego (np. terapeuci środowiskowi, asystenci zdrowienia),
 - problemy w rozliczaniu świadczeń dla pacjentów spoza obszaru działania CZP,
 - brak wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiot zlecenia

Pismem z dnia 22 kwietnia 2026 r. znak: DLGT.0210.5.2025.AM Minister Zdrowia, na podstawie art. 31c pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zlecił Prezesowi AOTMiT wydanie rekomendacji dla zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Centrum Zdrowia Psychicznego w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383) jako świadczenia gwarantowanego.

W przedmiotowym zleceniu wskazano termin realizacji 30 dni od dnia otrzymania zlecenia tj. 22 maja 2026 r.

Historia korespondencji oraz spotkań z interesariuszami

Data	Przedmiot korespondencji
Ministerstwo Zdrowia	
27.04.2026 r.	Agencja otrzymała materiały uzupełniające do zlecenia obejmujące Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego.
Narodowy Fundusz Zdrowia	
27.04.2026 r.	Agencja, pismem znak: DMiOSZ.4100.2.2026 z 27.04.2026 r., wystąpiła do Prezesa NFZ z prośbą o przygotowanie opinii dotyczącej potencjalnych skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w przypadku ewentualnego zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Odpowiedź otrzymano dnia 12.05.2026 r.
Eksperci kliniczni	
28.04.2026 r.	W toku prac analitycznych wystąpiono do sześciu ekspertów klinicznych z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ww. świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego: prof. dr hab. Piotr Gałecki – KK w dziedzinie psychiatrii, dr n. med. Andrzej Depko – KK w dziedzinie seksuologii, dr n. med. Nadzieja Sołowiej – KK w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk – KK w dziedzinie psychologii klinicznej, dr n. med. Łukasz Müldner-Nieckowski – KK w dziedzinie psychoterapii, dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – KK w dziedzinie psychoterapii uzależnień.
1.05-13.05.2026 r.	Otrzymano opinie eksperckie od następujących ekspertów: prof. dr hab. Piotr Gałecki, dr n. med. Nadzieja Sołowiej, dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała.
11.05.2026 r.	Otrzymano opinię Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącą skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia (pismo z dnia 11 maja 2026 r.; znak: NFZ-DSOZ-SOPiLU.4010.4.2026 2026.236354.CANP).

4. Analiza problemu decyzyjnego

Celem niniejszego opracowania jest ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: **Centrum Zdrowia Psychicznego** (dalej zwane CZP) w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383) jako świadczenia gwarantowanego. Proponowane świadczenie zostało zaprojektowane w oparciu o doświadczenia programu pilotażowego Centrów Zdrowia Psychicznego, który został wdrożony w 2018 r. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852) i trwa do 31 grudnia 2026 r.

Celem zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego jest wdrożenie w skali całego kraju modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych i zapewnieniu kompleksowej opieki blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Proponowane świadczenie stanowi zmianę w zakresie organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Proponowany model opieki psychiatrycznej testowany w ramach programu pilotażowego zakłada ewolucyjne przejście z modelu opieki instytucjonalnej opartej na leczeniu stacjonarnym na model opieki środowiskowej poprzez przekształcenie obecnie funkcjonujących podmiotów, jak również stworzenie nowych placówek by zapewnić dostęp do usług zdrowotnych we wszystkich regionach kraju, zakłada odejście od modelu opartego na hospitalizacjach na rzecz psychiatrii środowiskowej, odpowiedzialności terytorialnej w ramach której konkretne centrum odpowiada za opiekę nad mieszkańcami określonego obszaru (jednocześnie nie wyklucza udzielania świadczeń osobom spoza danego obszaru), integracji różnych form leczenia (ambulatoryjnego, środowiskowego, dziennego i stacjonarnego) w ramach jednego centrum, poprawie ciągłości leczenia i koordynacji opieki nad pacjentem.

Od początku realizacji programu pilotażowego tj. od 2018 r. stopniowo zwiększała się liczba CZP i populacji objętej pilotażem, która w ostatnich latach (2024-2025) wyniosła 117 centrów obejmujących ok. 51% dorosłej populacji Polski³. Po wprowadzeniu wnioskowanego świadczenia zakłada się stopniowe tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego w całej Polsce.

Proponowane świadczenie realizowane w Centrum Zdrowia Psychicznego obejmuje pełen zakres interwencji psychiatrycznych dla osób dorosłych, w szczególności:

- porady, sesje, wizyty i leczenie ambulatoryjne, w tym stworzenie punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego,
- porady i wizyty domowe i środowiskowe,
- interwencje udzielane w trybie nagłym na izbie przyjęć,
- leczenie stacjonarne,
- leczenie na oddziałach dziennych,
- działania koordynacyjne,
- wprowadzenie roli asystenta zdrowienia.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) rekomenduje odejście od modelu instytucjonalnego (ang. *custodial care*) na rzecz lokalnych, środowiskowych sieci wsparcia. W raporcie z 2022 r. pt. „World mental health report: transforming mental health for all” wskazuje, że mimo iż szpitale psychiatryczne pochłaniają globalnie większość środków na zdrowie psychiczne, nie zapewniają one optymalnych efektów zdrowotnych ani poszanowania praw człowieka. Priorytetem powinna być deinstytucjonalizacja i rozwój usług blisko miejsca życia osoby korzystającej z pomocy. To podejście bezpośrednio uzasadnia rozwój CZP jako podstawowej formy organizacji opieki psychiatrycznej dla dorosłych. WHO opisuje środowiskowe świadczenia zdrowia psychicznego (ang. *community-based mental health services*) jako sieć wzajemnie powiązanych usług, a nie pojedynczą instytucję. W tym modelu kluczową rolę pełnią lokalne centra/zespoły zdrowia psychicznego, które: koordynują opiekę na określonym terytorium, zapewniają łatwy dostęp (bez zbędnych barier) do diagnostyki i leczenia, łączą leczenie psychiatryczne z pomocą psychologiczną i społeczną, współpracują z POZ, pomocą

³ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

społeczną, edukacją i rynkiem pracy, ograniczają konieczność hospitalizacji do sytuacji niezbędnych. WHO podkreśla, że transformacja systemu to nie tylko zmiana strukturalna, ale zmiana podejścia do opieki na podejście skoncentrowane na pacjencie (ang. *person-centred*) (skoncentrowane na osobie, nie na diagnozie), wspieranie procesu zdrowienia, ograniczanie przymusu i praktyk izolacyjnych, aktywne włączanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (ang. *peer support*)^{4,5}.

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów w sprawie kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego z 2023 r. podkreśla znaczenie przejścia od modelu instytucjonalnego do opieki środowiskowej w zdrowiu psychicznym. Organy krajowe powinny współpracować przy opracowywaniu i wdrażaniu projektów służących usprawnianiu usług w zakresie zdrowia psychicznego i opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych oraz deinstytucjonalizacji⁶.

4.1. Problem zdrowotny

Problem zdrowotny obejmuje następujące wskazania wg kodów ICD-10:

ICD-10: F00–F99 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania:

- F00–F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi;
- F10–F19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych;
- F20–F29 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe;
- F30–F39 Zaburzenia nastroju [afektywne];
- F40–F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną;
- F50–F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi;
- F60–F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych;
- F70–F79 Upośledzenie umysłowe;
- F80–F89 Zaburzenia rozwoju psychologicznego;
- F90–F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym;
- F99–F99 Nieokreślone zaburzenia psychiczne.

ICD-10: Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia

- Z03 Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne

Definicja i etiopatogeneza

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) zdrowie psychiczne stanowi integralny element ogólnego stanu zdrowia i dobrostanu, jest równorzędne ze zdrowiem fizycznym oraz uznawane jest za jedno z podstawowych praw człowieka. Utrzymanie zdrowia psychicznego ma kluczowe znaczenie dla rozwoju osobistego, funkcjonowania społecznego oraz rozwoju społeczno-ekonomicznego. Globalne zagrożenia dla zdrowia psychicznego obejmują: narastające nierówności ekonomiczne i społeczne; sytuacje nadzwyczajne w zakresie zdrowia publicznego (w tym pandemię COVID-19); kryzysy humanitarne (w tym konflikty zbrojne i przymusowe przesiedlenia); oraz kryzys klimatyczny. Zdaniem WHO zaburzenia zdrowia psychicznego są szeroko rozpowszechnione w populacji ogólnej, a dostępne zasoby systemów ochrony zdrowia w zakresie ich diagnostyki i leczenia pozostają niewspółmierne do skali oraz złożoności potrzeb zdrowotnych⁷.

⁴ World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁵ World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁶ Komisja Europejska. (2023). *Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego (COM(2023) 298 final)*. Bruksela. dostęp: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:52023DC0298> z 4.05.2026 r.

⁷ World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Zaburzenie psychiczne zgodnie z definicją American Psychiatric Association i kryteriami DSM-5-TR (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) jest zespołem objawów charakteryzującym się klinicznie istotnym zniekształceniem w zakresie postrzegania, regulacji emocji lub obecnością zachowań, wynikających z dysfunkcji procesów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych. Zazwyczaj wiąże się ze znacznym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Zaburzenie psychiczne nie jest oczekiwaną lub akceptowalną kulturowo odpowiedzią na czynnik stresowy czy stratę (np. reakcję żałoby), nie może być spowodowane wyłącznie do dewiacji społecznej ani konfliktu jednostki z normami społecznymi, chyba że towarzyszy mu dysfunkcja procesów psychicznych.⁸

Zgodnie z kryteriami DSM-5-TR do zaburzeń psychicznych zalicza się m.in. zaburzenia ze spektrum schizofrenii i inne z nimi związane, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe i inne z nimi związane, a także zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia.

Etiopatogeneza zaburzeń psychicznych jest zróżnicowana w zależności od rodzaju zaburzenia, jednak najczęściej obejmuje złożone interakcje czynników biologicznych (predispozycje genetyczne, deregulacja układów neuroprzekaźnikowych, stany somatyczne), mechanizmów psychologicznych oraz czynników środowiskowych i społecznych, prowadzących do klinicznie istotnych zaburzeń funkcjonowania psychicznego⁹.

Rozpoznanie i obraz kliniczny

W Polsce obowiązującym systemem klasyfikacyjnym chorób i zaburzeń jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 (z perspektywą wdrożenia ICD-11), natomiast w praktyce klinicznej i badawczej powszechnie stosowanym systemem pomocniczym pozostają Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR. Kryteria te wskazują, iż diagnoza zaburzenia psychicznego powinna mieć użyteczność kliniczną: powinna pomagać klinicystom opracowywać prognozy, plany leczenia i ustalać możliwe skutki wdrożenia tych planów u danego pacjenta, a rozpoznanie zaburzenia nie jest jednoznaczne z koniecznością wdrożenia leczenia¹⁰.

Zaburzenia psychiczne stanowią heterogenną grupę jednostek chorobowych. Przebieg zaburzeń jest zróżnicowany, często nawrotowy, a ich konsekwencje obejmują zarówno powikłania psychospołeczne, jak i somatyczne, w tym zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych oraz zachowań autodestrukcyjnych. Rokowanie zależy od rodzaju zaburzenia, czasu trwania choroby, nasilenia objawów oraz dostępu do leczenia. Zaburzenia psychotyczne (np. schizofrenia) cechują się mniej korzystnym rokowaniem funkcjonalnym, zaburzenia afektywne (np. choroba afektywna dwubiegunowa lub nawracające zaburzenia depresyjne) – lepszym funkcjonowaniem w okresach remisji mimo tendencji do nawrotów, natomiast zaburzenia osobowości i zachowania (np. osobowość borderline) mają zazwyczaj przebieg przewlekły, z możliwością poprawy funkcjonowania w wyniku oddziaływań terapeutycznych^{11,12,13}.

Epidemiologia i obciążenie chorobą

W 2021 r. zgodnie z danymi WHO 14% (ok. 1,1 miliarda) globalnej populacji cierpiało na zaburzenia psychiczne, przy czym zaburzenia lękowe i depresyjne stanowiły ponad 2/3 przypadków. W latach 2011–2021 liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne rosła szybciej niż liczba ludności na świecie¹⁴.

Zgodnie z wynikami badania EZOP II z 2021 r. 26,5% Polaków w ciągu życia doświadczyło co najmniej jednego zaburzenia psychicznego, z czego 7,9% w ostatnich 12 miesiącach i 3,5% w ostatnim miesiącu. Najczęstsze stanowiły zaburzenia lękowe (16,1% kiedykolwiek w życiu), zaburzenia eksternalizacyjne w tym uzależnienia (11,6%), zaburzenia afektywne

⁸ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

⁹ Kurbatfinski, S.; Letourneau, N.; Dewey, D.; & Dosani, A. (2025). Applying Different Frameworks to Understand the Etiology of Mental Health Conditions: A Narrative Review, *Psychiatry Int.* 6, 65. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6020065>.

¹⁰ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

¹¹ World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (CDDR). Pozyskano z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>, dostęp z 30.04.2026.

¹² Reed G. M., First M. B., Kogan C. S. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders, *World Psychiatry* 18(3), 3-19. doi: 10.1002/wps.20611.

¹³ World Health Organization (2018). *Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*. Pozyskano z: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155038-3>, dostęp z 30.04.2026.

¹⁴ World Health Organization. (2025). *Mental disorders*. Pozyskano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, dostęp z 30.04.2026 r.

(4,7%) oraz myśli samobójcze (1,4%). Depresja epizodyczna występowała u 3,85% badanych. Objawy bliskie psychotycznym dotyczyły 0,95% populacji. Badanie wskazuje na znaczną liczbę osób wymagających wsparcia psychiatrycznego lub psychologicznego¹⁵.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”¹⁶ wskazuje, że najczęstszą grupą rozpoznawanych osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne (ICD-10 F40-48), z powodu których w 2022 r. w Poradniach Zdrowia Psychicznego na każde 100 tys. ludności leczyło się 1 759,2 osób. Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczone z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) (ICD-10 F30-39) – 1 056,5 na 100 tys. W ciągu ostatnich czterech lat liczba osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń wykazuje wyraźny trend wzrostowy, szczególnie w 2021 r. i 2022 r. Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią czwartą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem w otwartej opiece, ale trzecią, co do częstości leczenia po raz pierwszy. Autorzy raportu zwracają również uwagę na rosnącą liczbę osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

Tabela 1. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznaw, 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Zaburzenia nerwicowe (F40–F48) ¹	1210,7	1215,7	1701,3	1759,2	348,9	298,9	351,7	549,6
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39) ¹	877,5	885,7	981,8	1056,5	170,4	168,7	178,9	260,0
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00–F09) ¹	554,5	515,3	507,7	506,0	113,6	89,9	97,4	105,3
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10) ²	425,1	373,9	397,2	403,2	136,9	105,3	112,9	133,0
Schizofrenia (F20) ¹	359,9	342,2	347,5	347,0	31,2	31,8	29,4	65,0
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11–F19) ²	123,2	126,7	144,2	154,4	43,3	37,8	38,8	55,5

¹ Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

² Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych z raportu: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025¹⁷]

W 2022 r. łączna liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej wyniosła 258 tys., tzn., że na każde 100 tys. ludności leczono 683 osoby. W latach 2019–2020 obserwowano spadek liczby leczonych, który wynikał z czasowego ograniczenia dostępności do oddziałów całodobowych z powodu pandemii koronawirusa. W kolejnych latach (2021–2022) liczba leczonych ustabilizowała się, pozostając na poziomie nieco niższym niż przed pandemią. Najliczniejszą grupą pacjentów w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu (34%), chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowili drugą co do wielkości grupę wśród ogółu hospitalizowanych (20%)¹⁸.

Tabela 2. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznaw, 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	269,9	177,2	190,8	232,0	152,6	96,8	80,3	89,8
Schizofrenia (F20)	109,7	86,9	95,2	108,4	94,9	71,9	13,8	15,4
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00–F09)	83,1	57,0	61,6	71,2	52,4	35,3	22,2	24,8
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11–F19)	66,6	44,7	56,4	66,8	40,2	25,9	20,9	24,0

¹⁵ Wciórka, J. (2021). EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc). Pozyskano z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf, dostęp z 30.04.2026 r.

¹⁶ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH. (2025). Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/do-pobrania>, dostęp z 30.04.2026 r.

¹⁷ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH. (2025). Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/do-pobrania>, dostęp z 30.04.2026 r.

¹⁸ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH. (2025). Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/do-pobrania>, dostęp z 30.04.2026 r.

Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39)	66,0	47,1	59,0	70,3	45,7	31,3	19,8	23,3
Zaburzenia nerwicowe (F40–F48)	47,3	29,2	45,0	57,8	20,8	12,0	25,2	33,1

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych z raportu: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025¹⁹]

Sytuacja demograficzna Polski stanowi istotny predyktor wzrostu obciążenia systemu ochrony zdrowia, w tym podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej, szczególnie w zakresie leczenia chorób przewlekłych. Prognozy GUS wskazują na stopniowy spadek liczby ludności ogółem, przy jednoczesnym wzroście odsetka osób w wieku 65 lat i więcej. Pomimo prognozowanego spadku populacji ogólnej o około 6% do 2040 r., liczba osób z zaburzeniami psychicznymi może wzrosnąć o 10–20%, a w przypadku zaburzeń lękowych oraz zaburzeń związanych z zespołem stresu pourazowego nawet o 25%²⁰.

Aktualne postępowanie medyczne

Potrzeba leczenia wynika ze złożonego procesu decyzyjnego, w którym uwzględnia się ciężkość i rangę objawów (np. obecność myśli samobójczych), cierpienie i niesprawność pacjenta, ryzyko i korzyści, jakie niesie dostępna terapia czy obecność chorób współistniejących. Postępowanie terapeutyczne musi być dostosowane do rodzaju zaburzenia, nasilenia objawów oraz indywidualnych potrzeb pacjenta, przy uwzględnieniu aktualnych standardów o udokumentowanej skuteczności²¹.

Podstawą leczenia zaburzeń psychicznych jest farmakoterapia, obejmująca m.in. leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne oraz przeciwłękowe. W wielu przypadkach farmakoterapia stanowi niezbędny element postępowania terapeutycznego, zarówno w leczeniu epizodów ostrych, jak i w zapobieganiu nawrotom choroby. Równolegle stosowane są oddziaływania niefarmakologiczne, w szczególności psychoterapia, psychoedukacja oraz inne formy terapii wspierającej. Istotnym elementem procesu leczenia jest również zaangażowanie rodziny, sprzyjające poprawie współpracy terapeutycznej, regularności przyjmowania leków oraz utrzymaniu stabilnego funkcjonowania w codziennym życiu^{22,23}.

W Polsce przez długi czas dominującym podejściem do organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej był model instytucjonalny (azyłowy), oparty na założeniu, że najbardziej efektywną formą leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jest zapewnienie im opieki w wyspecjalizowanych ośrodkach stacjonarnych, głównie w szpitalach psychiatrycznych. Model ten charakteryzował się koncentracją świadczeń w dużych jednostkach oraz ograniczaniem kontaktu pacjentów z lokalnym środowiskiem społecznym²⁴. Współcześnie wprowadzany jest model środowiskowy psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oparty na świadczeniach realizowanych w społecznościach lokalnych, który stopniowo zastępuje model instytucjonalny. Model środowiskowy jest uznawany za preferowane rozwiązanie systemowe, gdyż obejmuje nie tylko leczenie i opiekę, lecz także działania z zakresu profilaktyki, rehabilitacji oraz promocji zdrowia psychicznego. Sprzyja on poprawie wyników zdrowotnych, procesowi zdrowienia i reintegracji społecznej osób z problemami psychicznymi, a także ograniczaniu zjawiska stygmatyzacji^{25,26}.

¹⁹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH. (2025). Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/do-pobrania>, dostęp z 30.04.2026.

²⁰ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

²¹ American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

²² World Health Organisation. (2023) Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Pozyskano z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>, dostęp z 30.04.2026.

²³ Saroca K., Saragent J. (2022). Understanding Families as Essential in Psychiatric Practice, Focus 20, 204-209. doi: 10.1176/appi.focus.20210035.

²⁴ 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. Pozyskano z: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Opieka_zdrowotna_i_wsparcie_spo%C5%82eczne.pdf, dostęp z 30.04.2026.

²⁵ Skiba, W., Siwicki, D. (2021). Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej. Doi: 10.34616/142656.

²⁶ World Health Organisation. (2021). Comprehensive mental health service networks: Promoting person-centred and rights-based approaches. Pozyskano z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844>, dostęp z 30.04.2026.

4.2. Populacja docelowa

Populacja docelowa to osoby dorosłe zamieszkałe na terytorium objętym odpowiedzialnością danego Centrum Zdrowia Psychicznego, osoby z jakimikolwiek zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD10: F00-F99) – od łagodnych i umiarkowanych po ciężkie i nawracające, w tym osoby w kryzysie psychicznym wymagające pilnej interwencji.

Model świadczenia zakłada populacyjną odpowiedzialność centrów za osoby dorosłe zamieszkujące dany obszar i zapewnienie dostępności świadczeń dla całej populacji. Przy takim założeniu populacja docelowa kwalifikująca się do świadczenia wynosi **30,21 mln osób** (na podstawie danych demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego obejmujące informacje o liczbie i strukturze ludności według stanu na 2024 r.)²⁷. Populacja aktualnie objęta już świadczeniami CZP w ramach programu pilotażowego wynosi **15,64 mln osób (51%)**. Wg danych NFZ ze świadczeń CZP korzysta ok 3,1 % dorosłej populacji, w całym systemie opieki psychiatrycznej podstawowej ok. 4,3 % dorosłej populacji²⁸. Szacowany dla roku 2024 odsetek pacjentów leczonych w CZP spośród populacji objętej opieką CZP wynosił 3,2%²⁹.

4.3. Aktualny stan finansowania

Szczegółowe zasady finansowania oraz rozliczania CZP określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w CZP³⁰. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach CZP rozliczane są w oparciu o miejsce zamieszkania osoby korzystającej ze świadczeń. W przypadku świadczeniobiorcy powyżej 18. roku życia zamieszkującego obszar działania CZP obowiązuje finansowanie ryczałtowe (tzw. ryczałt na populację), a wysokość ryczałtu ustala się na półroczne okresy rozliczeniowe. W przypadku osób zamieszkujących obszar inny niż obszar działania CZP stosowany jest koszt jednostkowy jednostki rozliczeniowej (koszt: porady, wizyty, świadczenia, osobodnia, zabiegu).

Obecna stawka na jednego świadczeniobiorcę wynosi 82,55 zł³¹ natomiast w stosunku do mieszkańców domów pomocy społecznej, dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie zlokalizowanych na obszarze działania CZP stawka ta jest zwiększana 3,1-krotnie.

Kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu przez NFZ o wartość świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowanych przez NFZ, udzielonych świadczeniobiorcom z tej populacji przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego. Przy rozliczaniu świadczeń zdrowotnych w ramach programu pilotażowego w CZP nie stosuje się dodatkowych współczynników korygujących poza współczynnikami stosowanymi ogólnie w rodzaju świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie programu pilotażowego w CZP wysokość ryczałtu na populację w przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu CZP ustalany jest zgodnie z poniższym wzorem:

$$R = \left(\frac{\sum xA}{\sum A * 100\%} \right) * C * D$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- R – ryczałt na populację;

Główny Urząd Statystyczny. Bank Danych Lokalnych. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat>

²⁸ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

²⁹ Oszacowanie na podstawie wielkości populacji objętej opieką CZP wskazanej w załączniku nr 1 do Raportu końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego; str. 6., tj. 15 646 776 mieszkańców oraz unikatowej liczby pacjentów, u których rozliczono w 2024 r. świadczenia w ramach produktów kontraktowych 18.9900.400.03 ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP) oraz 18.9900.401.03 ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA RZECZ M-CÓW DPS (pozyskano z bazy SWIAD, stan na dzień 30.04.2026 r.), tj. 507 665 pacjentów.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1883).

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1626).

- A – liczbę etatów personelu zgłoszonych do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz do umowy o realizację pilotażu w zakresie obszaru określonego ułamkiem, w komórkach: 2700, 1700, 2730, 2702, 1790, przez wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na obszarze określonym ułamkiem;
- xA – liczbę etatów personelu danego centrum zgłoszonych do umowy o realizację pilotażu w zakresie obszaru określonego ułamkiem, z wyłączeniem etatów przypisanych do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach stacjonarnych;
- C – liczbę dorosłych mieszkańców określoną przez Główny Urząd Statystyczny dla obszaru określonego ułamkiem według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym jest określana wysokość ryczału;
- D – stawkę na świadczeniobiorcę.

II poziom referencyjny czyli planowa opieka psychiatryczna, realizowana w ramach specjalistycznych produktów lub programów zdrowotnych świadczonych w trybie stacjonarnym, dziennym lub ambulatoryjnym przez sprofilowane oddziały i poradnie psychiatryczne oraz opieka wysokospecjalistyczna (III poziom referencyjny) realizowana przez psychiatryczne oddziały dysponujące odpowiednią określoną kadrą medyczną, programami oraz aparaturą i sprzętem medycznym finansowane są na odrębnych zasadach (poza ryczałtem CZP). W ramach ryczału CZP w programie pilotażowym finansowaniu nie podlegają świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień obejmujące:

- świadczenia z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych;
- świadczenia psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

Zgodnie ze stanem prawnym na dzień 5 maja 2026 r. świadczenia realizowane w CZP, obejmują świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w następujących zakresach świadczeń:

- świadczenia psychiatryczne dla dorosłych;
- świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie;
- świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych;
- świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych;
- świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych;
- świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych;
- świadczenia psychologiczne;
- leczenie środowiskowe (domowe);
- świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu;
- leczenie nerwic;
- świadczenia w opiece domowej/rodzinnej.

Świadczenia udzielane są w warunkach:

- stacjonarnych:
 - psychiatrycznych,
 - w miejscu udzielania pomocy doraźnej;
- dziennych psychiatrycznych;
- ambulatoryjnych:
 - psychiatrycznych,
 - leczenia środowiskowego (domowego),
 - całodobowej opieki zorganizowanej przez podmioty, posiadające punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny.

Tryby zawierania oraz warunki realizacji umów określa zarządzenie Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (NFZ z 2020 r. poz. 55 z późn. zm.). Poniżej przedstawiono przygotowane na podstawie danych sprawozdawczo-

rozliczeniowych NFZ przekazanych w dniu 8 oraz 11 maja 2026 r. zestawienie kosztów z realizacji programu pilotażowego w poszczególnych latach.

Tabela 3. Finansowanie działalności Centrów Zdrowia Psychicznego w latach 2018–czerwiec 2025 r.

Rok	Kwota ryczałtu CZP (bez pomniejszych)		Wartość świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowanych przez Fundusz, udzielonych świadczeniobiorcom CZP przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia w PSY lub umowy o realizację programu pilotażowego – § 21 rozporządzenia pilotażowego ^a	Wartość sfinansowanych świadczeń zrealizowanych na rzecz populacji spoza populacji CZP	
	w zakresie populacji CZP	w zakresie populacji DPS		w ramach umowy 18/4 ^b	w ramach umowy 04/1 ^c (w zakresach tożsamych z komórkami CZP)
2018 (VII-XII)	63 285 687,50 zł	37 665,00 zł	564 038,35 zł	22 014 992,11 zł	17 471 920,84 zł
2019	222 656 704,42 zł	145 881,85 zł	21 787 630,71 zł	92 369 308,79 zł	36 737 446,44 zł
2020	285 786 470,22 zł	189 838,48 zł	25 687 366,62 zł	71 090 947,65 zł	58 200 482,00 zł
2021	370 699 053,91 zł	798 010,82 zł	46 142 046,12 zł	64 903 770,85 zł	87 654 487,77 zł
2022	675 724 382,01 zł	2 839 170,26 zł	64 367 642,22 zł	98 511 405,26 zł	178 872 275,97 zł
2023	1 431 808 742,76 zł	5 879 201,33 zł	192 709 039,59 zł	186 649 178,11 zł	291 431 549,30 zł
2024	2 092 358 585,13 zł	8 550 913,22 zł	324 873 655,39 zł	249 016 417,01 zł	474 096 120,19 zł
2025 (I-VI)	1 085 096 261,59 zł	4 528 278,60 zł	213 684 540,11 zł	143 540 567,26 zł	277 956 607,26 zł

[Źródło: Dane sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ przekazane w dniu 8.05 oraz 11.05 2026 r., dane za okres 2024–2025 – stan na dzień 08.05.2026 r.]

^a – zgodnie z treścią paragrafu kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu przez Fundusz o wartość świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowanych przez Fundusz, udzielonych świadczeniobiorcom z tej populacji przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego;

^b – Programy pilotażowe;

^c – Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Zgodnie z § 23 ust. 1b rozporządzenia pilotażowego, jeżeli wartość świadczeń udzielonych w jednostkach i komórkach organizacyjnych centrum świadczeniobiorcom zamieszkującym poza obszarem działania centrum przekroczy w dwóch kolejnych okresach rozliczeniowych od początku realizacji umowy łączną kwotę stanowiącą 20 % wartości ryczałtu na populację bez pomniejszych, o których mowa w § 21, dyrektor oddziału Funduszu zawiera z podmiotem prowadzącym centrum odrębną umowę, o której mowa w § 21a ust. 1.

Powyższa tabela prezentuje dane finansowe dotyczące funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego w latach 2018 (II półrocze) –2025 (I półrocze). Wyraźny wzrost nakładów w całym analizowanym okresie w zakresie kwoty ryczałtu CZP związany jest zarówno ze wzrostem określonej w § 20 rozporządzenia pilotażowego stawki na świadczeniobiorcę, jak i wzrostem populacji stanowiącej podstawę naliczania ryczałtu – wzrost liczby świadczeniodawców obejmujących opieką coraz większą liczbę mieszkańców. Łączna kwota ryczałtów podstawowych CZP wzrosła z 222,66 mln zł w 2019 r. do ponad 2,09 mld zł w 2024 r. (w pierwszym półroczu 2025 r. osiągnęła poziom 1,09 mld zł). Wartość świadczeń udzielonych pacjentom CZP przez innych świadczeniodawców systematycznie rosła w czasie (z 0,56 mln zł w 2018 r. do 324,9 mln zł w 2024 r.) przy czym kwoty te nie przekraczały wartości 20% w stosunku do budżetu podstawowego CZP (ryczałt w zakresie populacji CZP oraz populacji DPS łącznie). Równocześnie znacząco wzrosły wydatki na świadczenia realizowane na rzecz populacji spoza CZP (finansowanych w ramach umów pilotażowych oraz umów 04/1 zgodnie z § 23 ust. 1b rozporządzenia pilotażowego). Łączny koszt świadczeń zrealizowanych na rzecz populacji spoza populacji CZP (w ramach umów 18/4b oraz 04/1) w stosunku do łącznej kwoty ryczałtu ustalanego w danym roku (w zakresie populacji oraz mieszkańców DPS łącznie) malał w czasie. W 2019 r. stanowił 58% łącznej kwoty szacowanego ryczałtu, z kolei w 2024 r. – 34%.

4.4. Wcześniejsze postępowanie administracyjne w Polsce

Przedmiot niniejszego opracowania analitycznego wiąże się merytorycznie z jedną wcześniejszą analizą AOTMiT tj. Opracowanie analityczne na potrzeby Ministra Zdrowia pt.: Kompleksowe świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego z dnia 27.10.2022 r. znak: WS.4220.7.2022. Niniejsze zlecenie obejmowało przygotowanie projektu załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych i leczenia uzależnień zawierającego kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego w oparciu o założenia pilotażu wdrażanego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz.852) oraz wycenę przygotowanego produktu. W ramach niniejszego zlecenia opracowano projekt świadczenia we współpracy z NFZ oraz podmiotu realizującego zadania nadzorująco-kontrolne w zakresie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego tj. Biurem do spraw pilotażu funkcjonującym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Wypracowane rozwiązania były również konsultowane z ekspertami klinicznymi w tym konsultantami krajowymi. W niniejszym materiale wskazano, że wprowadzenie kompleksowych zmian w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych opartych na doświadczeniu pilotażu centrów zdrowia psychicznego jest przedsięwzięciem wielotorowym. Proponowane rozwiązania mające na celu wprowadzenie nowych świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych wymaga dodatkowych działań wykraczających poza zmianę Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Opracowany materiał został przekazany do Ministra Zdrowia.

4.5. Program pilotażowy Centra Zdrowia Psychicznego

4.5.1. Założenia i cel programu pilotażowego

Pilotaż CZP został wdrożony jako element realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na podstawie Rozporządzenia MZ z dnia 27 kwietnia 2018 r.³². Pilotażem są objęte świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zawarte w wykazie określonym w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego, z wyłączeniem świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych, świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

Zgodnie z treścią rozporządzenia MZ celem pilotażu CZP jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. W założeniach pilotażu centrum zdrowia psychicznego to miejsce, w którym można uzyskać natychmiastową, bezpłatną pomoc przez całą dobę w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym, bez konieczności posiadania skierowania lub wcześniejszego umawiania wizyty. Zakres pomocy w CZP w zależności od potrzeb pacjentów obejmuje wizyty w poradni zdrowia psychicznego, pobyt na oddziale dziennym lub całodobowym, a także wsparcie zespołu leczenia środowiskowego, udzielane w miejscu zamieszkania pacjentów, z uwzględnieniem wsparcia dla ich rodzin³³. W przypadkach wymagających pilnej interwencji pomoc powinna zostać udzielona w terminie nie dłuższym niż 72 godziny. CZP zapewniają kompleksową opiekę psychiatryczną osobom dorosłym (powyżej 18 r.ż.) zamieszkującym określony obszar terytorialny³⁴. Osoby spoza obszaru zamieszkania, gdzie działa dane CZP mogą korzystać ze świadczeń CZP. Co do zasady Świadczeniodawca nie ma podstaw do odmowy udzielenia świadczenia pacjentowi z powodu innego kodu TERYT, czyli będącego poza jego „odpowiedzialnością terytorialną”.

Centrum Zdrowia Psychicznego opiera się na zasadach i wartościach psychiatrii środowiskowej, zakładając:

- podmiotowość i sprawczość osoby korzystającej z pomocy;
- dostępność świadczeń bez barier formalnych;

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

³³ Ministerstwo Zdrowia. Centra Zdrowia Psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego>, dostęp z: 30.04.2026.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

- o ciągłość i koordynację opieki w czasie;
- o odpowiedzialność terytorialną CZP za populację dorosłych mieszkańców określonego obszaru;
- o współpracę z rodziną i lokalnym systemem wsparcia³⁵.

Rodzaje pomocy udzielanej przez CZP:

- o czynna (długoterminowa czynna) – obejmująca leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;
- o długoterminowa – innym niż określony w pkt 1 świadczeniobiorcom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- o krótkoterminowa – udzielana pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- o doraźna – świadczeniobiorcom w stanach nagłych i przypadkach pilnych;
- o konsultacyjna – innym niż określony w pkt 1-4 świadczeniobiorcom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad³⁶.

Kluczowym elementem jest koordynacja opieki, realizowana przez wyznaczonego koordynatora, który dba o spójność działań terapeutycznych, organizacyjnych i społecznych na wszystkich etapach procesu leczenia.

W realizacji zadań na obszarze swojego działania CZP współpracuje z lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej, w tym podmiotami systemu pomocy społecznej, placówkami opieki zdrowotnej, a także z organizacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego oraz grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin. Współpraca ta obejmuje w szczególności podejmowanie skoordynowanych działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, w tym działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego oraz edukacji społecznej³⁷.

Struktura CZP

CZP zapewnia kompleksową opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18 r.ż. na określonym obszarze terytorialnym z podziałem na następujące dwa typy CZP:

- o Typ A w formie pomocy doraźnej, stacjonarnej, dziennej ambulatoryjnej, środowiskowej.
- o Typ B w formie opieki dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej.

Powyższy podział CZP na typ A i B nie wynika wprost z definicji legalnej w rozporządzeniu, lecz został wyodrębniony w dokumentach organizacyjnych i analizach systemowych i funkcjonuje w praktyce jako kategoryzacja odzwierciedlająca zakres strukturalny świadczeń. CZP typu A obejmuje pełen zakres świadczeń psychiatrycznych – w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego CZP znajduje się oddział psychiatryczny. Natomiast CZP typu B nie posiada w ramach struktury własnej opieki stacjonarnej, natomiast zobowiązane jest do zapewnienia opieki szpitalnej w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kontraktowanych na warunkach ogólnych przez NFZ.

Leczenie stacjonarne jest realizowane na zasadach ogólnych w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kontraktowanych przez NFZ.

Liczba realizatorów

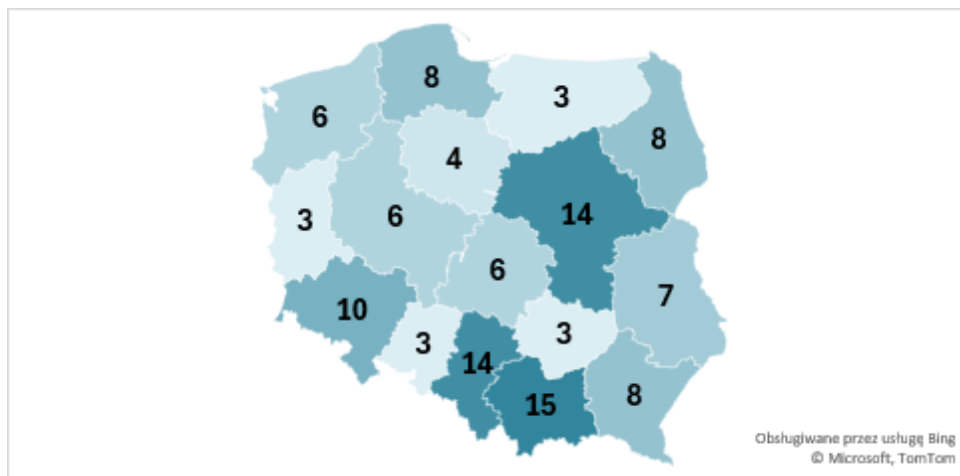
W pierwotnej wersji CZP (kwiecień 2018 r.) liczba realizatorów pilotażu CZP obejmowała 29 podmiotów (załącznik 1 do rozporządzenia MZ z dnia 27 kwietnia 2018 r.), a także 34 ośrodki udzielające świadczenia specjalistyczne pacjentom z populacji objętej pilotażem realizowanych zgodnie z profilem działalności komórki organizacyjnej nieskutkującej pomniejszaniem kwoty ryczałtu u świadczeniodawcy prowadzącego centrum (załącznik 2 do rozporządzenia MZ z dnia 27 kwietnia 2018 r.). Zgodnie z raportem końcowym zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego

³⁵ Biuro ds. pilotażu NPOZP. (2023). Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2023, 28 grudnia 2023 r. ANEKS Nr 2. Projekt dokumentu - Standard diagnostyczno – terapeutyczny w centrum zdrowia psychicznego.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

³⁷ Biuro ds. pilotażu NPOZP. (2023). Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2023, 28 grudnia 2023 r. ANEKS Nr 2. Projekt dokumentu - Standard diagnostyczno – terapeutyczny w centrum zdrowia psychicznego.

sporządzonego na dzień 30 września 2025³⁸ w ramach pilotażu wskazano 129 realizatorów, przy czym NFZ zawarł umowy ze 117 podmiotami. Dostępne dane teleadresowe publikowane przez MZ³⁹ wskazują, że na dzień 21 kwietnia 2026 r. funkcjonowało 118 CZP. Rozkład CZP w podziale na województwa przedstawiono na Rysunku poniżej.



Rysunek 1. Rozkład liczby centrów zdrowia psychicznego w podziale na województwa na podstawie danych MZ⁴⁰

4.5.2. Standardy opieki w centrach zdrowia psychicznego

Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022⁴¹ przygotowanie standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach CZP jest zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia. Proces opracowywania tych standardów powinien odbywać się z udziałem przedstawicieli towarzystw naukowych oraz podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia psychicznego. W okresie realizacji pilotażu podstawowym aktem prawnym określającym wymagania dotyczące organizacji pracy oraz udzielania świadczeń w CZP pozostaje Rozporządzenie MZ z dnia 27 kwietnia 2018 roku⁴². Jednocześnie brak jednolitych i kompleksowych regulacji prawnych odnoszących się do statusu, zasad funkcjonowania CZP oraz standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych został wskazany w raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego⁴³ jako problem systemowy i organizacyjny, z którym mierzyły się CZP.

W trakcie trwania pilotażu CZP Biuro ds. pilotażu NPOZP opracowało dokumenty koncepcyjne: „Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego”⁴⁴ (dalej zwany Standardem organizacyjnym CZP) oraz „Standard diagnostyczno-terapeutyczny w Centrum Zdrowia Psychicznego”⁴⁵ (dalej zwany Standardem diagnostyczno-terapeutycznym CZP). Standardy te szczegółowo opisują m.in. organizację funkcjonowania CZP, strukturę organizacyjną oraz formy udzielania świadczeń, zasady realizacji pomocy czynnej, wymagania kadrowe i lokalowe, a także wymagania dotyczące funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych oraz organizacji pomocy doraźnej. Ponadto dokumenty te

³⁸ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

³⁹ Ministerstwo Zdrowia. Centra Zdrowia Psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego>, dostęp z: 30.04.2026.

⁴⁰ Ministerstwo Zdrowia. Centra Zdrowia Psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego>, dostęp z: 30.04.2026.

⁴¹ 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).

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

⁴³ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

⁴⁴ NPOZP. (2022). Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego – założenia projektu. Biblioteka Biura ds. pilotażu NPOZP – Zeszyt 1 wydanie drugie. Warszawa 2022.

⁴⁵ Biuro ds. pilotażu NPOZP. (2023). Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2023, 28 grudnia 2023 r. ANEKS Nr 2. Projekt dokumentu - Standard diagnostyczno- terapeutyczny w centrum zdrowia psychicznego.

określają zakres zadań Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego (PZK), koordynatorów opieki i asystentów zdrowienia oraz zasady opracowania i realizacji planu terapii zdrowienia.

W dokumencie Standard diagnostyczno-terapeutyczny 2023 szczegółowo opisano ścieżkę postępowania pacjenta w CZP. Podkreślono kluczowe znaczenie etapu przyjęcia zgłoszenia i wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych, które stanowią podstawę do właściwej alokacji pacjenta do dalszej formy opieki. W zależności od stopnia pilności udzielenia świadczenia CZP stosuje odpowiednie wytyczne towarzystw naukowych oraz oparte na nich procedury kliniczne. W przypadku nagłym działania ratunkowe, w tym opieka psychiatryczna, są natychmiastowe, w przypadku pilnym pomocy udziela się do 72 godzin od zgłoszenia, a w przypadku ryzyka szybkiego pogorszenia stanu zdrowia możliwe jest objęcie opieką całodobową. W przypadku stabilnym pomocy udziela się w miarę możliwości według kolejki oczekujących, a świadczenia udzielane są w ramach pomocy ambulatoryjnej i dziennej.

Tabela 4. Wskazania do udzielania świadczeń w CZP według stopnia pilności

Przypadki nagłe	Przypadki pilne	Przypadki stabilne
Ostre zaburzenia psychotyczne przebiegające z pobudzeniem lub zachowaniami zagrażającymi, niezależnie od etiologii (F05; F06.0–F06.2; F10–F19.4; F10–F19.5; F20–F29)	Zaburzenia psychotyczne – pozostałe (F06.0; F06.2; F20–F29; F10–F19.4; F10–F19.5)	Zaburzenia psychotyczne i nastroju – rehabilitacja psychiatryczna i psychoterapia (F06.0–F06.2; F20–F29; F30–F39; F06.3)
Zaburzenia nastroju przebiegające z zachowaniami zagrażającymi lub tendencjami samobójczymi (F06.3; F30–F39)	Zaburzenia nastroju – pozostałe (F30–F39; F06.3)	Zaburzenia odżywiania – przypadki stabilne (F50)
Reakcja na stres, zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne przebiegające z zachowaniami zagrażającymi lub tendencjami samobójczymi (F43; F44)	Zaburzenia odżywiania ze znacznym wyniszczeniem (F50)	Zaburzenia osobowości i zachowania (F07; F60–F69)
Zachowania zagrażające w przebiegu otępienia (F00–F03)	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42)	Zaburzenia nerwicowe – pozostałe (F40–F48)
Zachowania zagrażające w przebiegu upośledzenia umysłowego (F70–F79)	Zaburzenia zachowania w przebiegu upośledzenia umysłowego (F70–F79)	-
Każda osoba niezależnie od rozpoznania ICD-10, która z powodu zaburzenia psychicznego stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innych	-	-

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Standard diagnostyczno-terapeutyczny CZP]

W Standardzie diagnostyczno-terapeutycznym CZP przewidziano koordynację opieki, realizowaną przy udziale koordynatora opieki, zarówno na poziomie wewnętrznym, tj. pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego w CZP, jak i współpracę ze środowiskiem lokalnym, w partnerstwie z podmiotami z obszaru odpowiedzialności terytorialnej na rzecz zdrowia psychicznego. Kluczowym elementem opieki jest stworzenie planu terapii i zdrowienia, określającego cele oddziaływań terapeutycznych, z uwzględnieniem posiadanych przez pacjenta zasobów. Standard diagnostyczno-terapeutyczny CZP podkreśla znaczenie aktywnego udziału pacjenta oraz rodziny w procesie leczenia, a także określają rolę CZP w zakresie wspierania pacjentów w powrocie do pełnienia ról społecznych i zawodowych oraz realizacji działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.

Standard organizacyjny CZP określa wymagania dotyczące organizacji pracy CZP, w tym wymagania w zakresie personelu, zakres zadań PZK, koordynatorów opieki i asystentów zdrowienia oraz zasady opracowywania i realizacji planu terapii zdrowienia.

Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny funkcjonuje w ramach poradni zdrowia psychicznego i realizuje zadania na rzecz osób powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP. Zgłoszenia przyjmowane są bezpośrednio, bez konieczności wcześniejszego umawiania terminu, niezależnie od formy kontaktu, w tym także telefonicznie lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Do zadań PZK należy udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwościach uzyskania świadczeń, wskazywanie właściwych form pomocy społecznej w uzasadnionych przypadkach, przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych, udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb oraz uzgodnienie wstępnego planu dalszego postępowania, w tym ustalenie terminu i miejsca realizacji świadczeń w ramach CZP. PZK może również udzielać świadczeń zdrowotnych, w tym porad, wizyt oraz sesji wsparcia psychospołecznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Za koordynację świadczeń realizowanych w ramach pomocy czynnej odpowiadają **koordynatorzy opieki**, wyznaczeni spośród personelu niemedycznego zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy w działalności podstawowej CZP. Do zadań koordynatora opieki należy m.in. identyfikacja potrzeb zdrowotnych, społecznych i zawodowych pacjenta, współpraca z zespołem terapeutycznym, rodziną lub opiekunami pacjenta, zapewnienie wymiany informacji pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i wsparcia społecznego, a także udzielanie pacjentowi informacji o przysługujących mu świadczeniach. Koordynator uczestniczy w opracowywaniu i monitorowaniu planu terapii i zdrowienia oraz zapewnia bieżące wsparcie w procesie leczenia. Zgodnie ze Standardem organizacyjnym CZP, od dnia 31 grudnia 2027 r. obowiązywać będzie wymóg ukończenia szkolenia dla koordynatorów opieki z zakresu terapii środowiskowej określonego w zatwierdzonym przez ministra zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu pomocy (terapii) środowiskowej, przy jednoczesnym określeniu grup zawodowych zwolnionych z tego obowiązku. W Standardzie organizacyjnym CZP wskazano również limit obciążenia koordynatora, wynoszący maksymalnie 30 pacjentów objętych pomocą czynną na równoważnik jednego etatu przeliczeniowego.

Standard organizacyjny CZP przewiduje zatrudnianie w CZP **asystentów zdrowienia**, którzy udzielają wsparcia pacjentom CZP oraz osobom zgłaszającym się do PZK. Funkcję tę pełnią osoby, „które przebyły poważny (głęboki) kryzys zdrowia psychicznego oraz ukończyły odpowiednie szkolenie i uzyskały poświadczenie kwalifikacji lub zdobyły wystarczające doświadczenie w trakcie staży i zatrudnienia w placówkach psychiatrycznych”. Do zadań asystenta zdrowienia należy m.in. towarzyszenie pacjentom w kontaktach z personelem medycznym, udzielanie wsparcia emocjonalnego, dzielenie się doświadczeniem procesu chorowania i zdrowienia oraz wsparcie rodzin pacjentów poprzez podstawową psychoedukację i przekazywanie perspektywy osoby chorującej. Asystenci zdrowienia uczestniczą w pracach zespołu terapeutycznego, a CZP zapewniają im niezbędne wsparcie terapeutyczne i szkoleniowe.

Plan terapii i zdrowienia sporządzany jest w ramach pomocy czynnej, a w uzasadnionych przypadkach również w ramach innych form opieki, w szczególności pomocy długoterminowej. Dokument ten służy określeniu indywidualnego postępowania terapeutycznego oraz i innych związanych z nim oddziaływań na rzecz pacjenta. Plan terapii i zdrowienia obejmuje część diagnostyczną, zawierającą m.in. podsumowanie oceny problemów zdrowotnych, etapu procesu zdrowienia oraz potrzeb społecznych, a także część planistyczną, obejmującą cele terapii i metody ich realizacji. Plan opracowywany jest przez zespół terapeutyczny, z udziałem co najmniej lekarza i koordynatora opieki, i podlega okresowej ewaluacji, nie rzadziej niż raz w roku.

W dokumencie Standard organizacyjny CZP określono minimalne wymagania dotyczące personelu zatrudnionego w CZP w przeliczeniu na populację 100 tys. mieszkańców, rekomendowane dla 1 000 pacjentów pod opieką CZP (min. 3 wizyty w skali roku), przedstawione w tabeli poniżej. Wymagania te nie obejmują oddziałów stacjonarnych, dla których minimalne wymogi personelu określa rozporządzenie koszykowe⁴⁶. Wymagania zostały podzielone na obligatoryjne i fakultatywne, przy czym funkcja asystenta zdrowienia miała mieć charakter fakultatywny do końca 2023 r., następnie obligatoryjny. Przedstawiona rekomendacja różni się od wymogów przedstawionych w Opisie zakresu świadczenia Centra zdrowia psychicznego dostarczonym przez MZ wraz z przedmiotowym zleceniem. Wymagania z ww. dokumentów zestawiono w tabeli poniżej.

Tabela 5. Porównanie wymagań dotyczących personelu centrum zdrowia psychicznego określonych w Standardzie organizacyjnym CZP oraz Opisie zakresu świadczenia CZP

Personel w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców z obszaru działania centrum	Standard organizacyjny CZP	Opis zakresu świadczenia CZP
	Personel obligatoryjny	
Lekarz specjalista psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji	3,5 etatu (w tym min. 2 etaty specjalisty psychiatry) ¹	Równoważnik 5 etatów (w tym min. 2 etaty specjalisty w dziedzinie psychiatrii psychiatry) ²
Psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty	3 etaty ³	5 etatów
Psycholog	3 etaty ⁴	Równoważnik 5 etatów ⁵
Psychoterapeuta/psycholog	2 etaty	nd
Terapeuta środowiskowy	2 etaty	2 etaty
Terapeuta zajęciowy	1 etat	1 etat

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2018 r. poz. 1510)

Pielęgniarka (w tym także pielęgniarki psychiatryczne)	2,5 etaty	3 etaty
Rejestratorka/sekretarka medyczna	2 etaty	nd
Personel do PZK	2,5 etatu	2,5 etatu
Pracownik socjalny	1 etat*	nd
Asystent zdrowienia	1 etat**	1 etat
Koordinator opieki	nd	5 etatów
Personel w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców z obszaru działania centrum	Personel fakultatywny***	nd
Specjalista psychoterapii uzależnień	0,5 etatu	nd
Doradca zawodowy	0,25 etatu	nd
Dietetyk	0,5 etatu	nd

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień §2., pkt. 2 i 3.

² lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień §2., pkt. 5 i 8.

⁴ w tym specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.

⁵ (w tym min. 0,5 etatu specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej)
nd – nie dotyczy

* finansowany ze środków urzędu gminy/powiatu

** fakultatywnie do końca 2023 r. później jako personel obligatoryjny.

*** posiadanie niżej wymienionych specjalistów powinno być obligatoryjne w przypadku dążenia podmiotu do otrzymania akredytacji.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Standard organizacyjny CZP i Opis zakresu świadczenia CZP]

4.5.3. Wnioski z realizacji programu pilotażowego

Celem opracowania strategii wdrożenia rozwiązań ocenianych w ramach pilotażu, decyzją Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2024 r., powołano Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego⁴⁷ (zwany dalej „Zespołem”). W skład Zespołu Minister Zdrowia powołał reprezentantów różnych środowisk, w tym członków zgłoszonych przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego (OSCZP). Wynikiem prac Zespołu jest między innymi raport końcowy⁴⁸ z realizacji pilotażu obejmujący analizę potrzeb w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz analizę realizacji pilotażu w Centrach Zdrowia Psychicznego wraz z propozycją systemowych rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Najważniejsze wnioski uwzględnione w przedmiotowym raporcie przedstawiono poniżej:

- o Nominalny wzrost środków wydatkowanych przez płatnika publicznego przeznaczonych na leczenie zaburzeń i chorób psychicznych w latach 2018–2024 wyniósł 107% (zmiana procentowa po uwzględnieniu skumulowanej inflacji w Polsce w postaci realnego wzrostu to ok. 41% w porównaniu do skorygowanego budżetu z 2018 r.).
- o Od 2018 r. finansowanie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień (ujęte w pozycjach B2.4 i B2.21.2 sprawozdania finansowego) systematycznie rosło w relacji do całkowitego budżetu NFZ aż do 2024 r., jednak w ostatnich dwóch latach (2024 oraz 2025) udział nakładów na ten obszar, w tym na centra zdrowia psychicznego, ulega względnemu zmniejszeniu. (komentarz Agencji: zgodnie z treścią zawartą w dokumencie „Zdanie odrębne Narodowego Funduszu Zdrowia” stanowiący załącznik nr 6 do Raportu końcowego Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego udział środków przeznaczanych na psychiatrię powinien być ustalany do pozycji B2. koszty świadczeń opieki zdrowotnej, a nie do całości planu finansowego NFZ, który zawiera pozycje nie związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, np. koszty administracyjne (poz. C), inne koszty (poz. F)).

⁴⁷ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 123).

⁴⁸ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

- o Na podstawie analizy NFZ (realizacja zadania określonego zgodnie z § 30 rozporządzenia pilotażowego), Zespół na przykładzie województwa małopolskiego wskazuje, że poprawne wdrożenie centrum zdrowia psychicznego nie jest najdroższym wariantem w opiece psychiatrycznej. Dodatkowo stabilizuje wydatki płatnika w umowach w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie małopolskim.
- o W województwie małopolskim udało się przesunąć (blisko docelowego wskaźnika 60%) część budżetu OW NFZ na wydatki związane z opieką ambulatoryjną – odwrócenie piramidy świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej. Rezultatem podejmowanych działań była redukcja liczby hospitalizacji, zmniejszenie długości trwania pojedynczych hospitalizacji, redukcja czasu trwania readmisji, poprawa ciągłości i koordynacji leczenia, optymalizacja w zakresie dostępności do miejsc szpitalnych oraz redukcja liczby odmów z przyczyn braku miejsc na oddziałach ogólnopsychiatrycznych *[komentarz Agencji: nie uzasadniono wyboru województw do porównania, nie przedstawiono porównawczych analiz i wniosków dla wszystkich województw, tym samym należy podejść z ostrożnością do ekstrapolowania wyników z jednego województwa na większą skalę. Ponadto pozytywne efekty w woj. małopolskim mogą wynikać z dodatkowych uwarunkowań i struktury aniżeli z samego programu pilotażowego]*.
- o W raporcie przedstawiono porównanie kosztów systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych pomiędzy woj. małopolskim a podlaskim (które ma podobny wskaźnik pokrycia powiatów przez centra zdrowia psychicznego). Realizacja modelu w woj. małopolskim okazała się mniej kosztowna niż w porównywalnym pod kątem pokrycia centrum zdrowia psychicznego woj. podlaskim.
- o Województwo małopolskie jako jedyne konsekwentnie realizowało docelowy wskaźnik 25 łóżek na 100 tys. mieszkańców (jako jedyne województwo osiągnęło wskaźnik poniżej sumarycznej liczby 9,125 osobodni na 100 tys. mieszkańców).
- o Wskaźnik obłożenia łóżek na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w 2024 r. był zróżnicowany i wahał się od 22,5 (woj. małopolskie) do 44,9 (woj. lubelskie) dla lecznictwa stacjonarnego ogólnopsychiatrycznego oraz 3,17 (woj. pomorskie) do 17,15 (woj. opolskie) dla lecznictwa specjalistycznego.
- o Na dzień opracowania raportu w Polsce działało 117 centrów zdrowia psychicznego, które obejmowały działalnością ok. 51% dorosłej populacji. Przewidywane w ramach oszacowań Zespołu środki finansowe na pilotaż centrów zdrowia psychicznego od 2018 roku do końca 2025 roku⁴⁹ wynosiły 8,93 mld zł.
- o Autorzy raportu wskazują na falowy rozwój centrów w ramach pilotażu. W latach 2018–2023 liczba objętej pilotażem populacji rosła stopniowo od 3,0 mln do prawie 15 mln dorosłych Polaków. Największy rozwój nastąpił w latach 2022–2023.
- o Zespół wskazuje, że dominującą formę organizacyjną stanowią centra zdrowia psychicznego typu A⁵⁰, które objęły opieką 11,8 mln osób. Dla porównania centrum zdrowia psychicznego typu B objęły opieką 2,8 mln osób.
- o W 2024 r. struktura finansowania CZP opierała się głównie na budżetach populacyjnych przypisanych do populacji objętej pilotażem, które stanowiły 75,6% środków. Pozostałe 24,1% finansowania pochodziło ze świadczeń udzielanych pacjentom spoza obszaru działania centrum oraz ze świadczeń realizowanych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (powiększenia oraz pomniejszenia budżetów CZP).
- o Nakłady ponoszone w 2024 roku na analogiczne zakresy świadczeń przez podmioty uczestniczące w pilotażu oraz pozostałe jednostki posiadające umowy na opiekę psychiatryczną wyniosły odpowiednio 1 552 mln zł vs. 2 036 mln zł.
- o Analiza odsetka mieszkańców leczących się z powodu zaburzeń psychicznych z obszarów objętych pilotażem i spoza pilotażu wskazuje, że w latach 2012–2017 procentowany udział populacji leczącej się na zaburzenia psychiczne był zbliżony i wynosił ok 2% populacji. Od 2018 roku (uruchomienie programu pilotażowego) na obszarach objętych opieką CZP zauważalny jest wzrost trendu, który prowadzi do osiągnięcia najwyższego poziomu, wynoszącego około 4% populacji, w 2023 r. Natomiast w obszarach bez centrum – podobnie jak w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej – trend pozostaje relatywnie płaski, z lekkimi wahaniami (spadek do ok. 2% w 2020 r., prawdopodobnie z powodu pandemii COVID-19, i wzrost do ok. 2.5% w 2023 r.).
- o W 2024 r. pacjenci objęci opieką centrów zdrowia psychicznego stanowili średnio **3,5%** populacji danego obszaru, co było zbliżone do przyjętego poziomu **3,0%**. Jednocześnie odnotowano istotne zróżnicowanie regionalne – od

⁴⁹ Dostępne dane dotyczące kosztów poniesionych na realizację pilotażu obejmowały zakres od 2018 roku do czerwca 2025 r.

⁵⁰ Centra Zdrowia Psychicznego działające w ramach pilotażu realizujące pełny model opieki środowiskowej. W odróżnieniu od CZP typu B w strukturach CZP typu A funkcjonuje oddział psychiatryczny.

1,1% w województwie wielkopolskim do 4,6% w województwie świętokrzyskim. (komentarz Agencji: zgodnie z treścią zawartą w dokumencie „Zdanie odrębne Narodowego Funduszu Zdrowia” stanowiący załącznik nr 6 do Raportu końcowego Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego średni odsetek osób objętych opieką w CZP wyniósł 3,13% podczas gdy odsetek ten dla opieki psychiatrycznej w tożsamych zakresach świadczeń wyniósł 4,23%. W opinii NFZ niższy odsetek osób leczonych może przekładać się na dostęp do leczenia w CZP i zwiększoną liczbę osób leczonych w ramach POZ).

- We wszystkich województwach obserwowano podobny rozkład struktury chorobowości pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci niepsychotyczni bez powikłań (około 64–72%), a w dalszej kolejności pacjenci z zaburzeniami organicznymi bez powikłań (11–21%) oraz pacjenci psychotyczni bez powikłań (9–15%).
- Przeważający udział pacjentów niepsychotycznych wskazuje na coraz większą rolę świadczeń realizowanych w formie środowiskowej i ambulatoryjnej. Z kolei stosunkowo duży odsetek pacjentów z zaburzeniami organicznymi oraz psychotycznymi w wybranych województwach (m.in. podkarpackim, łódzkim i warmińsko-mazurskim) podkreśla potrzebę dostosowania lokalnych zasobów kadrowych i finansowych do zwiększonego zapotrzebowania tej grupy. Autorzy raportu zwrócili również uwagę na konieczność rozszerzenia sprawozdawczości w kierunku identyfikacji pacjentów z powikłaniami/przewlekłymi chorobami (na podstawie aktualnie dostępnych danych nie było możliwe zidentyfikowanie tej grupy chorych).
- Przeprowadzona symulacja, bazująca na danych sprawozdawczych z 2024 r. i przeskalowana do docelowych zakresów po pełnym wdrożeniu centrów zdrowia psychicznego w skali kraju, pokazuje, że najliczniejszą grupę stanowić będą pacjenci z zaburzeniami niepsychotycznymi bez powikłań. Ich liczba przekraczałaby 1,2 mln osób, co odpowiada niemal trzem czwartym wszystkich pacjentów (73,7%). Następną pod względem liczebności grupą byłoby pacjentów z zaburzeniami organicznymi bez powikłań (15,1%), natomiast osoby z zaburzeniami psychotycznymi bez powikłań odpowiadałyby za 9,7% populacji. Pacjenci bez przypisanej kategorii stanowiliby niewielki odsetek całości (1,6%).
- Pomniejszenia budżetów populacyjnych związane z kosztami świadczeń udzielonych mieszkańcom z obszaru pilotażu realizowanych poza CZP wyniosły w 2024 r. 330,5 mln zł⁵¹. Jak wskazują autorzy raportu, celem ograniczenia przepływów finansowych między regionami i świadczeniodawcami potrzebna jest dalsza integracja i koordynacja systemu.
- Wskazane w raporcie korzyści z wprowadzenia nowego modelu finansowania (budżet populacyjny) obejmują zapewnienie stabilności finansowej ośrodków (stały budżet; za wyłączeniem mechanizmów korekt finansowych związanych z migracjami pacjentów oraz finansowania hospitalizacji; ułatwiający planowanie wydatków w tym zatrudnienia oraz działania rozwojowe) oraz możliwość elastycznego zarządzania udzielaniem świadczeń (możliwość dostosowywania zakresu oraz liczby świadczeń do potrzeb pacjentów). Testowane mechanizmy umożliwiają przesunięcie realizacji świadczeń z opieki stacjonarnej do opieki środowiskowej. Autorzy raportu wskazują, że wprowadzenie CZP zwiększyło dostępność do świadczeń oraz stworzyło warunki do działań profilaktycznych i interwencyjnych (rozwój poradnictwa, wczesna interwencja, programy edukacyjne w społeczności lokalnej).
- Czynniki ograniczające związane z funkcjonowaniem budżetu populacyjnego, zidentyfikowane w ramach raportu oceniającego obejmują: brak korelacji finansowania z realnymi potrzebami i liczbą udzielanych świadczeń (znaczące różnice pomiędzy ośrodkami w odniesieniu do populacji leczonych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców), brak procedur rozliczania pacjentów z ciężkimi, przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, brak jednoznacznego powiązania premiowania za jakość i efekty leczenia oraz działania ponadstandardowe. W trakcie funkcjonowania programu pilotażowego pomimo rozszerzania populacji objętej opieką centrów odnotowywano również systematyczny wzrost korekt budżetu populacyjnego (rosnące finansowanie „migrujących” pacjentów).
- Zespół wskazuje w raporcie na następujące propozycje rozwiązań systemowych usprawniających funkcjonowanie budżetu populacyjnego:
 - Włączenie danych GUS lub danych z jednostek samorządu terytorialnego, policji i systemu oświaty, celem uchwycenia ukrytych potrzeb.
 - Ewentualne rozszerzanie zakresu świadczeń etapami: najpierw dorośli i seniorzy, później dzieci i młodzież.

⁵¹ Raportowana w raporcie w tabeli „Rodzaj pozycji rozliczeniowych w ramach umowy pilotażowej w ramach centrum zdrowia psychicznego (w zł)” kwota pomniejszeń budżetów CZP wynosi 324 873 655 zł.

- Uwzględnienie w kalkulacji budżetu (wycenie) korekty związanej z osobami na listach oczekujących i tzw. „ukrytą potrzebą” (korekta o prognozowane potrzeby).
- Ustalenie długości kontraktu kapitałowego na minimum 3–5 lat, aby umożliwić zwrot z inwestycji w prewencję i koordynację.
- Wprowadzenie elastycznych umów z podwykonawcami premiujących jakość oraz współpracę i interdyscyplinarność.
- W odniesieniu do zasady dzielenia nadwyżek i deficytów wprowadzenie początkowo podziału tylko nadwyżki (inwestycja w rozwój), następnie straty w ramach odpowiedzialności terytorialnej.
- Ustalenie zestawu wskaźników lokalnych i ogólnopolskich, współtworzonych z pacjentami i rodzinami.
- Stworzenie zintegrowanego systemu monitorowania kosztów, aktywności oraz wyników zdrowotnych na poziomie pacjenta i populacji. System ten powinien opierać się na integracji danych pochodzących z NFZ, ZUS, OPS oraz systemu edukacji, a także na rozwoju narzędzi analitycznych typu *big data* i map potrzeb zdrowotnych, w celu poprawy planowania, efektywności i jakości opieki zdrowotnej.
- Zapewnienie pacjentom prawa wyboru form wsparcia oraz wprowadzenie możliwości stosowania budżetów osobistych, w tym wydzielenie dedykowanej części kapitału przeznaczonej dla pacjentów z poważnymi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, w celu lepszego dostosowania opieki do ich indywidualnych potrzeb.
- Analiza kosztów pośrednich absencji z powodu zaburzeń i chorób psychicznych wskazuje, że na obszarach objętych pilotażem zauważalna jest zmiana tendencji wzrostowej (różnica w kosztach pomiędzy obszarami objętymi pilotażem oraz nie wynosiła 7,562 dni w 2022 r. oraz 4,786 dni w 2023 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców).
- Autorzy raportu wskazują na następujące problemy zidentyfikowane w trakcie trwania pilotażu:
 - **Problemy systemowe i organizacyjne:** brak jednolitych regulacji prawnych dotyczących statusu i zasad funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego, zróżnicowany poziom wdrożenia modelu środowiskowego w różnych regionach kraju, niewystarczająca koordynacja między podmiotami, brak wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych, ograniczona autonomia centrów zdrowia psychicznego oraz niejasne zasady zarządzania budżetem przez realizatorów pilotażu, brak zróżnicowania oferty specjalistycznej świadczeń całodobowych (różnice w kontraktach z OW NFZ).
 - **Finansowanie i rozliczanie działalności:** brak jasnych reguł dotyczących korekt za migracje i hospitalizacje mieszkańców w ramach budżetu populacyjnego, brak jasnych zasad waloryzacji stawki kapitałowej i jej terminów, nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń dla pacjentów spoza obszaru działania CZP (zaniżone limity, brak odrębnych umów), brak przejrzystości w rozliczaniu środków po zakończeniu pilotażu.
 - **Kadra i kompetencje:** niedobory kadrowe oraz brak minimalnych norm zatrudnienia specjalistów odpowiadającym specyfice pracy centrum zdrowia psychicznego, niewystarczające uwzględnienie modelu środowiskowego w programach kształcenia (psychiatria, psychologia kliniczna, pielęgniarstwo psychiatryczne, zdrowie publiczne), brak jasnych ram dla roli asystentów zdrowienia i ich miejsca w systemie.
 - **Infrastruktura i rozwój:** potrzeba inwestycji w nowe formy opieki środowiskowej, brak wsparcia dla rozwoju nowych centrów zdrowia psychicznego oraz przekształcania istniejących projektów w trwałe struktury.
 - **Funkcjonowanie i dostępność świadczeń:** potrzeba standaryzacji, lepszej infrastruktury i wsparcia IT w działalności Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych (PZK), nierównomierny dostęp do świadczeń (różnice regionalne, ograniczenia w hospitalizacji i leczeniu dziennym), występowanie świadczeń, których koszty przewyższają korzyści i powielają istniejące już na danym terenie zabezpieczenie mieszkańców (np. dyżury nocne w centrach zdrowia psychicznego), brak elastyczności w dostosowywaniu oferty do potrzeb pacjentów, kontraktowanie umów przez płatnika z innymi świadczeniodawcami na obszarze odpowiedzialności terytorialnej.

- **Współpraca i integracja:** niewystarczająca współpraca z pomocą społeczną i innymi sektorami (np. MON, MSWiA, NGO), wsparcie Lokalnych Rad ds. Zdrowia Psychicznego w formie pojedynczych dobrych praktyk a nie jako rozwiązania systemowe.
- **Rozwój i upowszechnianie modelu:** ograniczona liczba realizatorów pilotażu, brak odpowiednich materiałów informacyjnych dla pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej.
- Zgodnie z ustaleniami zespołu proponuje się, aby finansowanie CZP opierało się na modelu mieszanym, łączącym budżet populacyjny, komponent zadaniowy oraz premię jakościową. Proponowane przez Zespół kierunki zmian obejmują uzależnienie płatności od oferty terapeutycznej i faktycznej liczby pacjentów objętych opieką (komponent zadaniowy), wprowadzenie dodatkowych komponentów budżetu populacyjnego za prowadzenie określonych form opieki (np. zespołów mobilnych, interwencji środowiskowych czy oddziałów dziennych), powiązanie finansowania z jakością i efektywnością działań (komponent jakościowy) oraz zróżnicowanie finansowania w zależności od liczby i kategorii pacjentów (komponent zadaniowy). *(komentarz Agencji: zgodnie z treścią zawartą w dokumencie „Zdanie odrębne Narodowego Funduszu Zdrowia” stanowiący załącznik nr 6 do Raportu końcowego Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego wskazane formy opieki (interwencje środowiskowe oraz opieka na oddziałach dziennych) są obligatoryjne w przypadku CZP więc premiowanie posiadania ich w formie dodatku do komponentu budżetu jest błędnym założeniem).*
- Zgodnie z powyższym proponowana konstrukcja budżetu populacyjnego opiera się na **trzech elementach składowych**: **stawka bazowa** określana w oparciu o populację mieszkańców z obszaru odpowiedzialności terytorialnej, **składowa jakościowa** uzależniona od spełniania wskaźników jakości oraz **składowa funkcjonalna** zależna od liczby i kategorii pacjentów oraz stopnia zaangażowania zasobów centrum w proces leczniczy. Szczegóły dotyczące proponowanego budżetu przedstawiono poniżej.

4.5.4. Wskaźniki realizacji pilotażu

Zgodnie z § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1883) do wskaźników realizacji pilotażu zalicza się:

- 1) ustaloną na podstawie numerów PESEL liczbę świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń centrum w okresie roku;
- 2) ustaloną na podstawie numerów PESEL liczbę świadczeniobiorców przyjętych, liczbę osób leczonych (sumę pobytych) oraz liczbę osobodni - dla oddziału psychiatrycznego w okresie roku;
- 3) ustaloną na podstawie numerów PESEL liczbę świadczeniobiorców przyjętych, liczbę osób leczonych (sumę pobytych) oraz liczbę osobodni - dla oddziału dziennego psychiatrycznego w okresie roku;
- 4) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy czynnej w okresie roku;
 - 4a) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy długoterminowej w okresie roku;
 - 4b) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy krótkoterminowej w okresie roku;
 - 4c) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy doraźnej w okresie roku;
 - 4d) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy konsultacyjnej w okresie roku;
- 5) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej o charakterze ambulatoryjnym krótkoterminowym (do 4 tygodni) i długoterminowym w okresie roku;
- 6) liczbę świadczeń domowych lub środowiskowych (wizyt, porad, sesji oraz interwencji) udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie roku;
 - 6a) liczbę interwencji realizowanych w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie roku;
- 7) przeciętną liczbę dni od zgłoszenia się świadczeniobiorcy do PZK do kontaktu z lekarzem zapoczątkowującego proces diagnostyczny oraz plan terapii, w okresie roku;
- 8) liczbę hospitalizacji bez zgody wykonanych na podstawie art. 23, art. 24, art. 28 i art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w okresie roku;
- 9) liczbę i czas trwania zastosowań przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji w okresie roku;

- 10) liczbę skierowań do objęcia leczeniem w ramach świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych dla dorosłych;
- 11) ocenę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, którą przygotowuje centrala Funduszu.

Jak wskazują zapisy rozporządzenia pilotażowego analizie podlegają roczne wartości wskaźników oraz ich zmiany w ujęciu rok do roku, a w końcowym roku pilotażu także dynamika zmian w perspektywie trzech lat. Wskaźniki mierzone są przez Fundusz na podstawie danych zawartych w raportach sporządzanych oddzielnie dla każdego centrum oraz poprzez ich zestawienie z wynikami pozostałych centrów realizujących pilotaż. Fundusz przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kopię raportu zawierającego analizę wskaźników realizacji pilotażu, po jego sporządzeniu lub aktualizacji.

Dane dotyczące realizacji wskaźników dla świadczeniodawców będących realizatorami programu pilotażowego w poszczególnych latach przedstawiono w załączniku nr 1. „Analiza pilotażu w centrach zdrowia psychicznego Narodowego Funduszu Zdrowia” (str. 60)⁵².

Wstępna (2024 rok) ocena wskaźników realizacji pilotażu została przedstawiona w raporcie „Raport analityczny dotyczący wybranych wskaźników oceny pilotażu centrów zdrowia psychicznego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 -2022 oraz 2023-2030” stanowiącym załącznik nr 2 Raportu końcowego Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego (str. 734). Raport powstał w październiku 2024 roku w ramach prac Zespołu ds. transformacji systemu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W ramach opracowania analizie poddano wybrane, możliwe do weryfikacji wg autorów raportu wskaźniki obejmujące parametry efektywności finansowej, wskaźniki uzyskanych efektów zdrowotnych przed i po uruchomieniu centrum zdrowia psychicznego oraz różnice pomiędzy obszarami objętymi pilotażem oraz bez pilotażu. Autorzy raportu wskazują:

- W trakcie trwania pilotażu wprowadzano zmiany w zasadach monitorowania realizacji pilotażu (np. poprzez wprowadzenie nowych zmiennych) co w opinii autorów utrudnia ocenę osiągnięcia zakładanych celów.
- W opinii autorów raportu prezentowane wyniki dotyczące wybranych aspektów działania CZP nie mogą być traktowane jako ocena jego ustawowych zadań, a obecnie dostępne dane nie pozwalają na kompleksową ocenę, która wymagałaby łączenia informacji z wielu baz danych, także spoza systemu ochrony zdrowia.
- Zapisy ustawowe definiujące centrum zdrowia psychicznego nie zostały zoperacjonalizowane na poziomie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz przełożone na nowy katalog usług i zmiennych pomiarowych (nie wprowadzono również zmiennych pomiarowych wynikających ze „Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego”, np. usługi realizowane w PZK, zdefiniowane wskaźniki efektywności finansowej pozwalające na porównanie „nowego” i „starego modelu” oraz wskaźniki efektów zdrowotnych).

W związku z ograniczeniami metodologicznymi autorzy raportu podjęli próbę oceny realizacji pilotażu w oparciu o analizę wskaźników na poziomie populacji – jednostek samorządu terytorialnego (kodów terytorialnych, w których realizowano pilotaż centrum zdrowia psychicznego). Ocena nie obejmowała analiz na poziomie pacjentów lub grup pacjentów centrum zdrowia psychicznego. Autorzy raportu wskazują, że po uruchomieniu CZP zauważalna jest poprawa w wybranych obszarach oceny, min. zwiększyła się dostępność do usług, zmniejszyła się całkowita liczba dni hospitalizacji, liczba hospitalizowanych mieszkańców, skróceniu uległa długość hospitalizacji oraz zmniejszyła się liczba hospitalizacji pierwszorazowych na oddziałach psychiatrycznych. Wyniki i wnioski z raportu zostały uwzględnione w raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego (rozdział 4.5.2).

Przedstawiony zestaw wskaźników z programu pilotażowego ma w głównie charakter ilościowych wskaźników realizacji, procesu i wykorzystania zasobów. Obejmują one przede wszystkim skalę udzielanych świadczeń (liczbę świadczeniobiorców, pobyków, osobodni), strukturę i formy opieki (ambulatoryjna, środowiskowa, stacjonarna, dzienna), dostępność organizacyjną (czas od zgłoszenia do pierwszego kontaktu lekarskiego) oraz wybrane aspekty bezpieczeństwa i zgodności z przepisami (hospitalizacje bez zgody, zastosowanie przymusu bezpośredniego). Część wskaźników pozwala również na pośrednią ocenę funkcjonowania systemu (np. liczba interwencji, skierowań do opieki długoterminowej).

Jednocześnie obowiązujące wskaźniki nie zawierają wskaźników odnoszących się bezpośrednio do efektów klinicznych ani wyników zdrowotnych pacjentów, takich jak zmiana stanu psychicznego, poprawa funkcjonowania, jakość życia czy

⁵² Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

trwałość efektów terapeutycznych. Wskaźniki nie umożliwiają również oceny skuteczności klinicznej poszczególnych interwencji ani porównania wyników leczenia z alternatywnymi modelami opieki. Przegląd wskaźników jakości opieki nad pacjentem przedstawiono w raporcie dla Ministra Zdrowia z 27 października 2022 r. pt. „Kompleksowe świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego Opracowanie na potrzeby Ministra Zdrowia”⁵³.

4.5.5. Propozycja zmian w modelu finansowania CZP

Na podstawie analizy danych z realizacji świadczeń udzielanych w CZP oraz zgodnie z wnioskami dotyczącymi uwzględnienia w modelu finansowania elementów powiązania z jakością i efektami leczenia oraz uwzględnienia różnic w potrzebach zdrowotnych pomiędzy regionami (zróżnicowanie potrzeb populacji wynikające z różnych kategorii pacjentów) Zespół zaproponował wdrożenie modelu mieszanego trójskładnikowego opierającego się na następujących elementach składowych:

- o **stawka bazowa** – określana w oparciu o populację mieszkańców z obszaru odpowiedzialności terytorialnej;
- o **składowa jakościowa** – uzależniona od spełniania wskaźników jakości (np. czas pierwszej wizyty, liczba rehospitalizacji);
- o **składowa funkcjonalna** – zależna od liczby i kategorii pacjentów oraz stopnia zaangażowania zasobów centrum w proces leczniczy.⁵⁴

Komponent jakościowy

Zgodnie z wnioskami Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego monitoring pracy centrów zdrowia psychicznego powinien uwzględniać zmienne i wskaźniki, które są powiązane z celami zdrowotnymi oraz specyfiką leczenia psychiatrycznego⁵⁵. Przedstawiona w raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego propozycja wskaźników jakościowy, które w pierwszych latach wprowadzenia przedmiotowego świadczenia stanowiłyby komponent jakościowy budżetu populacyjnego obejmuje:

- o Pierwsza interwencja/wizyta specjalistyczna po pierwszorazowym zgłoszeniu do PZK – do 14 dni/ do 30 dni/ do 90 dni. Po 3 latach bez kontaktu z centrum zdrowia psychicznego traktowana jest jako pierwszorazowe zgłoszenie.
- o Odsetek osób dorosłych z obszaru odpowiedzialności terytorialnej objętych opieką.
- o Liczba pacjentów w opiece czynnej, którzy w zakończonym okresie rozliczeniowym nie byli hospitalizowani/ wszystkich pacjentów w opiece czynnej.
- o Średnia długość hospitalizacji oraz długość hospitalizacji w podziale na grupy zaburzeń psychicznych (niepsychotyczne, psychotyczne, organiczne).
- o Odsetek pacjentów, u których stosowano w leczeniu leki o przedłużonym uwalnianiu w formie iniekcji.
- o Odsetek pacjentów hospitalizowanych, u których doszło do rehospitalizacji w ciągu 2 tygodni od wypisu, miesiąca od wypisu lub w ciągu 6 miesięcy od wypisu (z wyłączeniem rozpoznania: F10-F19).
- o Odsetek pacjentów, którzy otrzymali usługi ambulatoryjne w ciągu 1 miesiąca, 3 miesięcy, 6 miesięcy od wypisu ze szpitala.
- o Odsetek pacjentów w opiece czynnej / w stosunku do hospitalizowanych.

Dodatkowo w wyniku prac Zespołu przedstawiono propozycję wskaźników, które nie byłyby powiązane z budżetem CZP (nie stanowiłyby podstawy do naliczania składowej jakościowej budżetu), ale podlegałyby monitorowaniu na poziomie obszaru odpowiedzialności terytorialnej. Do wskaźników tych należą:

⁵³ AOTMiT (2022). Raport analityczny Kompleksowe świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego Opracowanie na potrzeby Ministra Zdrowia. Nr: WS.4220.7.2022

⁵⁴ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

⁵⁵ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

- Odsetek pacjentów hospitalizowanych/ korzystających ze świadczenia całodobowego, u których odbyła się sesja koordynacji pomiędzy specjalistami świadczenia całodobowego a świadczenia ambulatoryjnego.
- Odsetek pacjentów z więcej niż 1 hospitalizacją w ciągu roku (z wyłączeniem rozpoznań: F10-F19).
- Odsetek usług realizowanych z włączeniem asystenta zdrowienia.
- Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi na obszarze działania (programy profilaktyczne w szkołach, miejscach pracy).
- Umożliwić osobom na pierwszej linii pomocowej rozpoznawanie i reagowanie na problemy psychiczne (np. współpraca w ramach programu „Moje zdrowie”).
- Odsetek personelu podnoszącego swoje kwalifikacje (np. certyfikowane kursy, specjalizacja).
- Odsetek pacjentów uczestniczących w zajęciach psychoedukacji.
- Odsetek pacjentów korzystających po hospitalizacji w zajęciach w klubie pacjenta.

Komponent funkcjonalny

Zespół rekomenduje uwzględnienie w składowej ryczałtu za funkcję trzech kategorii pacjentów: osób z zaburzeniami niepsychotycznymi, psychotycznymi oraz zaburzeniami o podłożu organicznym. Składowa ta uzależniona byłaby bezpośrednio od liczby i kategorii pacjentów objętych opieką oraz zaangażowania zasobów centrum w proces leczenia.

Szczegóły dotyczące sposobu naliczania oraz wdrażanie zaproponowanych zmian przedstawiono w „Raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego”⁵⁶ na stronie 51.

⁵⁶ Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>, dostęp z 05.05.2025 r.

5. Propozycja warunków realizacji świadczenia opieki zdrowotnej

W załączniku do pisma zlecającego Ministra Zdrowia przekazano propozycję warunków realizacji nowego świadczenia gwarantowanego: Centrum Zdrowia Psychicznego.

Świadczenia gwarantowane obejmujące opiekę psychiatryczną osób dorosłych zgodnie z nowym modelem realizowane są w Centrum Zdrowia Psychicznego. W projekcie określono warunki realizacji świadczenia gwarantowanego dla CZP, w podziale na warunki realizacji ogólne, dla wszystkich świadczeń w CZP oraz dla poszczególnych rodzajów świadczeń w warunkach stacjonarnych, w izbie przyjęć, w warunkach dziennych i w warunkach ambulatoryjnych. Propozycja obejmuje zakres świadczeń wraz z wymogami dla personelu. Świadczenie uwzględnia również nowe elementy wprowadzone w ramach programu pilotażowego, ale, aktualnie nie funkcjonujące poza CZP obejmujące:

- Wprowadzenie **koordynatora opieki** – dodatkowa funkcja personelu zatrudnionego w CZP, który zapewni koordynację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych zgodnie z planem terapii i zdrowienia świadczeniobiorcy, w tym ustala terminy realizacji poszczególnych etapów świadczenia, nadzoruje prowadzenie dokumentacji oraz czuwa nad formalną jakością całego procesu leczenia.
- Wprowadzenie **asystenta zdrowienia** – zakłada umożliwienie uczestniczenia osobom po przeżytym kryzysie psychicznym w procesie terapeutycznym, u osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Osoby o kompetencjach asystenta zdrowienia nie będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej – ich rolą nie jest zastępowanie terapii ani opieki psychiatrycznej. Asystent zdrowienia może służyć pomocą w redukowaniu napięcia i izolacji oraz wzmacnianiu motywacji pacjentów, jak również wyjaśniać im zasady dotyczące wizyt i procedur czy też wspierać, w zakresie wskazanym przez zespół, funkcjonowanie pacjentów.
- Organizację **punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego** (PZK) – to miejsce przyjmowania pacjentów w CZP w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do którego zgłasza się pacjent lub osoba poszukująca dla niego pomocy, w celu uzyskania świadczeń gwarantowanych realizowanych w CZP.
- Wprowadzenie **wizyty zgłoszeniowo-koordynacyjnej** obejmującej zebranie wywiadu, ocenę stanu psychicznego (o ile dotyczy), ustalenie dalszego postępowania.

Proponowany katalog świadczeń do realizacji przez Centrum Zdrowia Psychicznego obejmuje następujące zakresy:

1) Świadczenia w warunkach stacjonarnych:

- Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie

2) Świadczenia w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć

udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostycznoterapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie.

3) Świadczenia w warunkach dziennych:

- Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych lub świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych

4) Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych

- Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK) i wizyta zgłoszeniowo-koordynacyjna;
- Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne w centrum zdrowia psychicznego:
 - *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;*
- *wizyta asystenta zdrowienia;*
- Leczenie środowiskowe (domowe) w centrum zdrowia psychicznego:
 - *porada domowa lub środowiskowa lekarska diagnostyczna;*
 - *porada domowa lub środowiskowa lekarska terapeutyczna;*
 - *porada domowa lub środowiskowa lekarska kontrolna;*
 - *porada domowa lub środowiskowa psychologiczna diagnostyczna;*
 - *porada domowa lub środowiskowa psychologiczna;*
 - *wizyta, porada domowa lub środowiskowa;*
 - *wizyta domowa lub środowiskowa osoby prowadzącej terapię środowiskową;*
 - *sesja domowa lub środowiskowa wsparcia psychospołecznego;*
 - *wizyta asystenta zdrowienia.*

Szczegółowe propozycje zapisów przedstawiono poniżej.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

[Opracowanie Ministra Zdrowia]

Tabela 6. Propozycja minimalnych warunków realizacji świadczenia opieki zdrowotnej

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego ogólne dla Centrum Zdrowia Psychicznego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10
1	2	3	4
1	Centrum Zdrowia Psychicznego	1. Personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych, a także personel wspierająco - koordynujący w Centrum Zdrowia Psychicznego w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców z obszaru działania centrum: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 5,0 etatów (w tym min. 2 etaty lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii); 2) pielęgniarki, w tym pielęgniarka, która posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – 3 etaty; 3) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – 5 etatów; 4) psycholog - równoważnik 5 etatów (w tym min. 0,5 etatu specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej); 5) psycholog lub pielęgniarka, która posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – 2,5 etatu (do punktu zgłoszeniowo – koordynacyjnego); 6) terapeuta środowiskowy – 2 etaty; 7) osoba prowadząca terapię zajęciową – 1 etat; 8) asystent zdrowienia – 1 etat; 9) koordynator opieki – 5 etatów.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WARUNKACH STACJONARNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI			
Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10
	1) Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności z zaburzeniami psychotycznymi.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 2 etaty*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu*; 3) psycholog albo osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty - równoważnik 1 etatu*; 4) osoba prowadząca terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu*; 5) pielęgniarki.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

		2. Powyższy personel nie wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	
WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WARUNKACH STACJONARNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI			
Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10
3	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.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii; 2) pielęgniarka, która posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. 2. Zapewnienie opieki lekarskiej może być łączone z realizacją innych świadczeń w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Powyższy personel nie wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 4. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie podstawowej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i elektrofizjologicznej; 2) zapewnienie konsultacji specjalistycznych.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99); Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03).
WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WARUNKACH DZIENNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI			
Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10
4	Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych obejmujące: diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi, lub świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych obejmujące: rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii; 3) psycholog albo osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty; 4) osoba prowadząca terapię zajęciową; 5) pielęgniarki; 6) asystent zdrowienia. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie pomieszczenia do psychoterapii grupowej i terapii zajęciowej; 2) zapewnienie co najmniej 15 miejsc* w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców z obszaru działania Centrum Zdrowia Psychicznego.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI			

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10
5	Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK) Wizyta zgłoszeniowo – koordynacyjna obejmująca: d) zebranie wywiadu; e) ocenę stanu psychicznego (o ile dotyczy); f) ustalenie dalszego postępowania.	1. Personel: 1) psycholog lub 2) pielęgniarka, która posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: 1) świadczeniodawca zapewnia w przynajmniej jednej poradni zdrowia psychicznego punkt zgłoszeniowo – koordynacyjny, zwany PZK, czynny od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8.00 do 18.00; 2) świadczeniodawca zapewnia przy tym, że co najmniej jeden PZK wchodzący w skład Centrum Zdrowia Psychicznego jest czynny od poniedziałku do piątku poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, nie krócej niż od godziny od 8.00 do 20.00.	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03)
6	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne w centrum zdrowia psychicznego 1) porada lekarska diagnostyczna – porada rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, obejmująca: a) zebranie wywiadu, b) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, c) skierowanie na niezbędne badanie psychologiczne, d) niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne, e) ustalenie rozpoznania i planu leczenia albo planu terapii i zdrowienia;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03).
	2) porada lekarska terapeutyczna – porada kontynuująca leczenie według planu leczenia albo planu terapii i zdrowienia, obejmująca: a) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, b) ocenę postępów leczenia, c) niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	
	3) porada lekarska kontrolna – porada obejmująca: a) ogólną ocenę przebiegu leczenia, b) ocenę stanu somatycznego, np. przy objawach polekowych, c) wydanie niezbędnych zaleceń odnośnie do kontynuacji leczenia;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	

	4) porada psychologiczna diagnostyczna – porada udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, mająca na celu: a) wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości, b) ocenę procesów poznawczych, c) ocenę innych dyspozycji psychicznych, d) wykonanie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, e) ustalenie diagnozy psychologicznej i planu leczenia albo terapii i zdrowienia	1. Personel: 1) specjalista psychologii klinicznej lub 2) psycholog kliniczny, lub 3) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub 4) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.
	5) porada psychologiczna – porada stanowiąca element wdrożonego planu leczenia albo terapii i zdrowienia, obejmująca: a) pomoc psychologiczną, b) niezbędne dodatkowe i kontrolne badania psychologiczne;	1. Personel: 1) psycholog. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.
	6) sesja psychoterapii indywidualnej - sesja z jednym świadczeniobiorcą, stanowiąca element ustalonego planu leczenia albo terapii i zdrowienia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy, prowadzona według określonej metody; sesja psychoterapii indywidualnej może być realizowana w formie: a) interwencji kryzysowej (pomocy psychospołecznej) - do 6 sesji w okresie do 2 tygodni lub b) psychoterapii krótkoterminowej – do 25 sesji w okresie pół roku, lub c) psychoterapii długoterminowej - do 75 sesji w okresie roku, lub d) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótko- lub długoterminowej) – do 15 sesji w okresie pół roku, jako bezpośrednia forma współpracy ze świadczeniobiorcą, polegająca na wspieraniu i utrzymywaniu mocnych cech świadczeniobiorcy, bez ingerencji w jego zaburzone procesy;	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.
	7) sesja psychoterapii rodzinnej - sesja z rodziną stanowiąca element ustalonego planu leczenia albo terapii i zdrowienia, nastawiona	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

	na przepracowanie nasilających się problemów i trudności oznaczających dysfunkcjonalność rodziny powodującą ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i somatycznych u członka rodziny, prowadzona według określonej metody, w formie od 6 do 12 sesji w okresie pół roku;	2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	8) sesja psychoterapii grupowej – sesja realizowana w grupach świadczeniobiorców, stanowiąca element ustalonego planu leczenia albo terapii i zdrowienia, prowadzona według określonej metody, realizowana z grupą 4 - 12 osób, w formie: a) psychoterapii krótkoterminowej – do 50 sesji w okresie pół roku, b) psychoterapii długoterminowej – do 110 sesji w okresie roku, c) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótko- lub długoterminowej) – do 15 sesji w okresie pół roku;	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	9) sesja wsparcia psychospołecznego - oddziaływanie psychospołeczne na jedną osobę lub w grupie 2 do 6 osób, kierowane do świadczeniobiorców i/lub ich rodzin lub innych osób stanowiących oparcie społeczne świadczeniobiorcy; wsparcie psychospołeczne może obejmować do 12 sesji w okresie pół roku;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lub 4) specjalista psychologii klinicznej, lub 5) psycholog kliniczny, lub 6) psycholog, lub 6) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub 7) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	10) wizyta, porada domowa lub środowiskowa – wizyta lub porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lub 4) psycholog - samodzielnie lub w zespole z innym pracownikiem. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	
	11) Wizyta asystenta zdrowienia - wizyta udzielana jest osobom objętym opieką Centrum Zdrowia Psychicznego i obejmuje: a) wsparcie osób doświadczających	1. Personel: 1) asystent zdrowienia. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	Organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20–F29);

	kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia, przez informowanie na temat dostępnych form wsparcia w kryzysie, b) przekazywanie wiedzy i własnych doświadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i procesu zdrowienia, c) dzielenie się z osobą, której oferowane jest wsparcie, wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego, d) komunikowanie się z osobą w kryzysie i z członkami rodziny osoby w kryzysie z zastosowaniem technik aktywnego słuchania, e) motywowanie osoby doświadczającej kryzysu psychicznego do powrotu do zdrowia, w tym zachęcanie do podjęcia aktywności, a także podejmowania ról społecznych i zawodowych.		Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Upośledzenie umysłowe/ niepełnosprawność intelektualna (F70-F79) – wszystkie rozpoznania uprzednio ustalone przez lekarza.
7	Leczenie środowiskowe (domowe) w centrum zdrowia psychicznego		Organiczne zaburzenia psychiczne wyłącznie z zespołami objawowymi (F00- F09);
	1) porada domowa lub środowiskowa lekarska diagnostyczna - porada rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy i obejmuje: a) zebranie wywiadu, b) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, c) skierowanie na niezbędne badanie psychologiczne, d) niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne, e) ustalenie rozpoznania i planu leczenia lub terapii i zdrowienia;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84); Inne zaburzenia psychiczne (F00-F99) wymagające opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.
	2) porada domowa lub środowiskowa lekarska terapeutyczna - kolejna porada kontynuująca leczenie według planu leczenia lub terapii i zdrowienia, obejmująca ocenę: a) stanu psychicznego i somatycznego, b) postępów leczenia, c) niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	
	3) porada domowa lub środowiskowa lekarska kontrolna - porada obejmująca: a) ogólną ocenę przebiegu leczenia,	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.	

	b) ocenę stanu somatycznego, np. przy objawach polekowych, c) wydanie niezbędnych zaleceń odnośnie do kontynuacji leczenia;	2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.
	4) porada domowa lub środowiskowa psychologiczna diagnostyczna - porada udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, mająca na celu: a) wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości, b) ocenę procesów poznawczych, c) ocenę innych dyspozycji psychicznych, d) wykonanie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, e) ustalenie diagnozy psychologicznej i planu leczenia lub terapii i zdrowienia;	1. Personel: 1) specjalista psychologii klinicznej lub 2) psycholog kliniczny, lub 3) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub 4) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.
	5) porada domowa lub środowiskowa psychologiczna - porada stanowiąca element wdrożonego planu leczenia lub terapii i zdrowienia, obejmująca: a) pomoc psychologiczną, b) niezbędne dodatkowe i kontrolne	1. Personel: 1) psycholog. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.
	6) wizyta, porada domowa lub środowiskowa - wizyta, porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, kontynuująca leczenie według ustalonego planu leczenia lub terapii i zdrowienia, dotycząca także rodzin lub opiekunów i obejmująca: a) ocenę postępu leczenia, b) realizację i koordynację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia lub terapii i zdrowienia;	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lub 4) psycholog, lub 5) pielęgniarka, lub 6) terapeuta środowiskowy - samodzielnie lub w zespole z asystentem zdrowienia. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.
	7) wizyta domowa lub środowiskowa osoby prowadzącej terapię środowiskową - wizyta, udzielana przez osobę prowadzącą terapię środowiskową, dotycząca także rodzin lub opiekunów i obejmująca: a) ocenę postępu leczenia, b) realizację i koordynację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia lub terapii i zdrowienia,	1. Personel: 1) terapeuta środowiskowy. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.

	c) niezbędne, w razie potrzeby, kierowanie do lekarza lub psychologa, d) działania informacyjno – motywacyjne;		
	8) sesja domowa lub środowiskowa wsparcia psychospołecznego - oddziaływanie psychospołeczne na jedną osobę lub w grupie od 2 do 6 osób, kierowane do świadczeniobiorców lub ich rodzin, lub innych osób stanowiących oparcie społeczne świadczeniobiorcy; wsparcie psychospołeczne może obejmować do 12 sesji w okresie pół roku.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lub 4) psycholog, lub 5) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub 6) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego. 3. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	9) Wizyta asystenta zdrowienia – wizyta udzielana jest osobom objętym opieką Centrum Zdrowia Psychicznego i obejmuje: a) wsparcie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia, przez informowanie na temat dostępnych form wsparcia w kryzysie, b) przekazywanie wiedzy i własnych doświadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i procesu zdrowienia, c) dzielenie się z osobą, której oferowane jest wsparcie, wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego, d) komunikowanie się z osobą w kryzysie i z członkami rodziny osoby w kryzysie z zastosowaniem technik aktywnego słuchania, e) motywowanie osoby doświadczającej kryzysu psychicznego do powrotu do zdrowia, w tym zachęcanie do podjęcia aktywności, a także podejmowania ról społecznych i zawodowych.	1. Personel: 1) asystent zdrowienia. 2. Powyższy personel wchodzi w skład personelu określonego w lp. 1 ust. 1 w kolumnie 3, jako personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego.	Organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09); Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29); Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39); Upośledzenie umysłowe/niepełnosprawność intelektualna (F7-F79) – wszystkie rozpoznania uprzednio ustalone przez lekarza.

Objaśnienia:

* Maksymalnie do liczby łóżek lub miejsc wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. 450, z późn. zm.).

Komentarz do proponowanego świadczenia ekspertów, Narodowego Funduszu Zdrowia i Agencji

Koordinator opieki

Eksperci potwierdzają zasadność utrzymania roli koordynatora, nie zgłoszono uwag w powyższym zakresie.

W opinii NFZ do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, należy wprowadzić definicję koordynatora opieki.

Komentarz Agencji: z uwagi na fakt, że w tabeli z warunkami realizacji świadczeń nie zdefiniowano szczegółowo roli i zadań koordynatora, definicja powinna znajdować się w części normatywnej rozporządzenia.

Personel w CZP

Konsultanci krajowi nie zgłosili uwag do niniejszego zakresu. KK w dziedzinie psychiatrii wskazał, że wymogi te należy traktować jako minimum kontraktowe, a nie standard optymalny. Ponadto model powinien zawierać wskaźniki jakości: czas do kontaktu, ciągłość leczenia, dostępność terapii, adherencję, rehospitalizację i doświadczenia pacjentów.

NFZ wskazał, że łączna liczba wskazanego personelu wynosi 29,5 etatu w zakresie świadczeń realizowanych w CZP z wyłączeniem oddziału stacjonarnego. W rozporządzeniu w zakresie realizacji pilotażu § 16 ust. 5a określa wymóg minimalny na poziomie 0,4 etatu na 1000 świadczeniobiorców, co daje 40 etatów na 100 tys. populacji. Wskazane w projekcie wymagania odnośnie do personelu na poziomie min. 29,5 etatu stanowią ograniczenie w stosunku do programu pilotażowego. Należy zwiększyć łączną dostępność personelu na 100 tys. populacji do min. 40 etatów.

Fundusz zaproponował zmodyfikowane wymogi personelu wymaganego do realizacji świadczeń gwarantowanych, a także personelu wspierająco-koordynującego w Centrum Zdrowia Psychicznego w przeliczeniu na 100 000 populacji, które zostały przedstawione poniżej (przy założeniu 3 poradni/3 PZK/1 oddziału dziennego/złś na 100 tys. populacji).

W opinii NFZ „przy założeniu objęcia całej populacji kraju opieką CZP, tj. 30 753 126 oraz uwzględnieniu wskaźnika 7 etatów lekarza na 100 tys. populacji CZP, łączna liczba etatów lekarzy niezbędna do zabezpieczenia ww. wymogu wyniesie 2 152. Zgodnie z informacją zawartą na Zdrowych Danych obecnie liczba lekarzy psychiatrów zgłoszona w harmonogramach do umów w całym rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień NFZ wynosi 4 694. Wskazuje to na możliwość spełnienia wymogu 7 etatów lekarza psychiatrii na 100 tys. populacji CZP.”

Tabela 7. Wymogi personelu wymaganego do realizacji świadczeń gwarantowanych, a także personel wspierająco-koordynujący w Centrum Zdrowia Psychicznego w przeliczeniu na 100 000 populacji proponowane przez NFZ

Personel	Wymiar etatu	Komentarz NFZ	Komentarz Agencji (odniesienie do wymogów w projekcie opisu świadczenia)
lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii	równoważnik 7 etatów (w tym min. 2 etaty lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii)	Przy założeniu zwiększenia dostępności do świadczeń CZP z 3,7% do 6,5% (potrzeby populacyjne, poziom osiągnięty przez CZP m.in. w Słupsku, Koszalinie) oraz skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie lekarskie w CZP	NFZ proponuje zwiększenie liczby etatów (z 5 proponowanych w projekcie świadczenia do 7)
pielęgniarki, w tym pielęgniarka, która posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	5 etatów	-	NFZ proponuje zwiększenie liczby etatów (z 3 proponowanych w projekcie świadczenia do 5)
osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty	7 etatów	Należy zwiększyć dostęp do psychoterapii	NFZ proponuje zwiększenie liczby etatów (z 5 proponowanych w projekcie świadczenia do 7)
psycholog	równoważnik 7 etatów (w tym min. 3 etaty specjalisty psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej. Przy założeniu 3 poradni i konieczności diagnostyki psychologicznej)	-	NFZ proponuje zwiększenie liczby etatów (z 5 proponowanych w projekcie świadczenia do 7)

Personel	Wymiar etatu	Komentarz NFZ	Komentarz Agencji (odniesienie do wymogów w projekcie opisu świadczenia)
psycholog lub pielęgniarka, która posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	4,5 etaty (do punktu zgłoszeniowo – koordynacyjnego przy założeniu 3 PZK, tj. 1,5 etatu na 1 PZK)	-	NFZ proponuje zwiększenie liczby etatów (z 2,5 proponowanych w projekcie świadczenia do 4,5)
terapeuta środowiskowy	3 etaty	-	NFZ proponuje zwiększenie liczby etatów (z 2 proponowanych w projekcie świadczenia do 3)
osoba prowadząca terapię zajęciową	1 etat	-	Brak zmian
asystent zdrowienia	1 etat	-	Brak zmian
koordynator opieki	3 etaty	Opieki czynnej wymaga ok 30% pacjentów, zatem wydaje się, że 5 etatów przy 7 etatach lekarza jest za dużo	NFZ proponuje zmniejszenie liczby etatów (z 5 proponowanych w projekcie świadczenia do 3)
specjalista psychoterapii uzależnień	1 etat	-	W projekcie świadczenia specjaliści psychoterapii uzależnień oraz specjalista do spraw dietetyki nie zostali uwzględnieni jako personel obligatoryjny. Standardy organizacyjne CZP obejmowały niniejszy personel jako fakultatywny.
specjalista do spraw dietetyki	0,5 etatu (do oddziału dziennego)	-	

[Opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii Prezesa NFZ i projektu świadczenia]

Świadczenia realizowane w CZP w warunkach stacjonarnych

KK w dziedzinie psychiatrii podkreślił, że personel części stacjonarnej nie powinien pomniejszać podstawowych zasobów CZP i zasugerował doprecyzowanie obsady pielęgniarskiej (*komentarz Agencji: brak szczegółowego wskazania proponowanej liczby etatów pielęgniarek*).

NFZ w opinii wskazał, że „w przypadku programu pilotażowego i realizatorów zapewniających dostęp do świadczeń stacjonarnych wskaźnik dostępności personelu był o 0,2 etat na 1000 populacji CZP wyższy niż w przypadku realizatorów ambulatoryjnych. Stanowi to 20 etatów na 100 tys. populacji CZP. Wskazane w projekcie wymagania odnośnie do personelu na poziomie min. 5 etatów stanowią ograniczenie w stosunku do programu pilotażowego. Ponadto wskazana liczba lekarzy specjalistów psychiatrii w przypadku oddziału stacjonarnego jest niewystarczająca do zabezpieczenia 24 godzinnej opieki w oddziale psychiatrycznym i dostępności w Izbie przyjęć. (...) Do minimalnego zabezpieczenia lekarza psychiatry na oddziale stacjonarnym i w dyspozycji do IP brakuje ok. 1,6 etatu w przypadku 25 łóżkowego oddziału (zgodnie ze wskaźnikiem 25 łóżek na 100 tys. populacji CZP).”

Dla świadczenia realizowanego w warunkach stacjonarnych: **Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych** obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności z zaburzeniami psychotycznymi (lp. 2 kol. 4) należy dodać do wskazań wg ICD-10 również: Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03).

Świadczenia realizowane w CZP w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć

W opinii KK w dziedzinie psychiatrii Izba przyjęć jest kluczowa dla bezpieczeństwa systemu i powinna być realnie zabezpieczona całodobowo. Zasadne jest doprecyzowanie zasad triażu, konsultacji specjalistycznych i przekazywania pacjentów do ośrodków wysokospecjalistycznych, gdy lokalne CZP nie ma odpowiednich zasobów diagnostycznych lub terapeutycznych (*komentarz Agencji: proponowane elementy mogą zostać uwzględnione w standardach organizacyjnych*). KK w dziedzinie psychoterapii uzależnień wskazuje, że posiadanie w strukturze izby przyjęć pozwoli na ograniczenie hospitalizacji, ale wymaga wzmocnienia zasobów.

W opinii NFZ „w CZP nie jest potrzebna izba przyjęć, ale jedynie dział przyjęć albo miejsce udzielania pomocy doraźnej jak to zostało opisane w rozporządzeniu MZ w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (...). Zgodnie § 7 ust. 1 rozporządzenia CZP, świadczeniodawca prowadzący centrum udziela świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach: 1) stacjonarnych: a) psychiatrycznych, b) w miejscu udzielania pomocy doraźnej. Wydaje się mało racjonalne, aby przy założeniu, że na 100 tys. populacji CZP przypada od 25-33 łóżek, co przekłada się na jeden oddział psychiatryczny,

wymagać izby przyjęć, która w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej musi spełniać określone wymagania, tym samym generuje adekwatne koszty.”

Ponadto Fundusz wskazuje, że zgodnie z częścią VIII. Oddział psychiatryczny, ust. 7 załącznika nr 1. do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą dział przyjęć tworzy się w ramach oddziału psychiatrycznego, co oznacza, że jest to część oddziału psychiatrycznego.

Uwzględniając powyższe „Fundusz wnosi o usunięcie lp. 3, tj. świadczenia w izbie przyjęć i jednocześnie wpisanie w ramach lp. 2, dotyczącego oddziału psychiatrycznego, gdzie realizowane są świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (pkt 1), w pkt 2 świadczenia pomocy doraźnej 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. Jednocześnie należy wskazać, że pomoc doraźna jest realizowana w dziale przyjęć, zgodnie z wymaganiami określonymi w części VIII. Oddział psychiatryczny, ust. 7 załącznika nr 1. Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala, do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.”

Ponadto NFZ wskazał, że „należy, że w stosunku do CZP utworzonego w ramach szpitala ogólnego, świadczeniodawca jest zobowiązany do utworzenia działu przyjęć przy oddziale psychiatrycznym, czego niniejszy załącznik nie przewiduje, natomiast odnośnie szpitala monoprofilowego, tj. psychiatrycznego, przepisy zawarte w załączniku nakazują utworzenie drugiej izby przyjęć przeznaczonej tylko dla jednego oddziału psychiatrycznego, co wydaje się mało racjonalne, skoro co do zasady w szpitalu funkcjonuje już izba psychiatryczna. Ponadto przeniesienie świadczeń pomocy doraźnej do świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych umożliwiłoby w sposób jednoznaczny wskazanie, że personel oddziału psychiatrycznego przeznaczony jest do zabezpieczenia świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych jak i świadczeń pomocy doraźnej w dziale przyjęć, nazwanych w projekcie świadczeniami w izbie przyjęć.”

Fundusz proponuje również w świadczeniu psychiatrycznym dla dorosłych (Lp. 2 kol .3 ust. 1 pkt 1) ewentualne dodanie lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych

KK w dziedzinie psychiatrii wyraził pozytywną opinię w zakresie zapisów wymagań wskazując na istotną rolę oddziału dziennego, który stanowi niezbędny element pośredni między hospitalizacją całodobową a opieką ambulatoryjno-środowiskową. Ponadto wskazał, że wymóg co najmniej 15 miejsc na 100 000 mieszkańców należy traktować jako minimum i monitorować jego adekwatność względem lokalnego zapotrzebowania.

W opinii NFZ obowiązek posiadania przez świadczeniodawcę jedynie 15 łóżek jest wymogiem niewystarczającym stanowiącym ograniczenie uwzględniając obserwowaną dynamikę wzrostu liczby pacjentów oraz założenia modelu środowiskowego, w którym opieka dzienna pełni i będzie pełnić kluczową rolę – alternatywnej opieki w stosunku do leczenia stacjonarnego.

NFZ analizując realizację świadczeń dziennych psychiatrycznych wskazał, że liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej w oddziałach dziennych wyniosła w 2025 r. 23 864, co oznacza wzrost o 5% w porównaniu z rokiem poprzednim oraz o 13% do roku 2023. Natomiast liczba obłożonych miejsc opieki dziennej wyniosła w 2025 r. 4 616; co odpowiada wskaźnikowi 15 miejsc opieki dziennej na 100 tys. dorosłej populacji kraju. Odnosząc się do danych w ramach umów CZP liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej w oddziałach dziennych CZP wyniosła w 2025 r. 14 683, co stanowi wzrost o 9% w porównaniu z rokiem poprzednim oraz o 56% do roku 2023; natomiast liczba obłożonych miejsc opieki dziennej wyniosła 2 679; co przekłada się to na wskaźnik **17 miejsc opieki dziennej** na 100 tys. populacji objętej pilotażem.

NFZ wskazuje, że „przy planowaniu docelowej liczby miejsc opieki dziennej należy uwzględnić dwa kluczowe procesy:

- stopniową redukcję liczby łóżek opieki stacjonarnej z 33 do 25 łóżek na 100 tys. populacji do roku 2028 (tj. redukcję o 2 tys. łóżek na przestrzeni trzech lat);

- o odwracanie piramidy świadczeń, poprzez wzmacnianie znaczenia leczenia ambulatoryjnego, w tym opieki dziennej jako istotnego elementu procesu terapeutycznego, szczególnie w odniesieniu do pacjentów niewymagających bezwzględnej hospitalizacji w warunkach szpitalnych.”

NFZ proponuje, aby w kontekście szacowania niezbędnej liczby miejsc opieki dziennej uwzględnić:

- o planowaną redukcję łóżek oddziałów psychiatrycznych, która powinna zostać częściowo skompensowana rozwojem form opieki dziennej oraz
- o obserwowany trend wzrostowy w zakresie liczby pacjentów korzystających z opieki dziennej i liczby obłożonych miejsc w oddziałach dziennych.

Uwzględniając obłożenie miejsc oddziału dziennego w 2025 r. na poziomie 4 616 oraz liczbę łóżek opieki stacjonarnej do reorganizacji wynoszącą 2 108 to średnioroczny przyrost liczby obłożonych miejsc opieki dziennej wnosi 256, co daje wskaźnik minimum 23 miejsca opieki dziennej na 100 tys. dorosłej populacji kraju (docelowej CZP). **NFZ proponuje 25 miejsc opieki dziennej na 100 tys. populacji CZP.**

Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK)

KK w dziedzinie psychiatrii wskazał, że PZK jest jednym z najważniejszych elementów modelu. Wymaga jasnych zasad triażu, dokumentowania decyzji i przekierowania pacjenta. Należy monitorować czas do pierwszego kontaktu, czas do konsultacji lekarskiej, odsetek pacjentów przekierowanych do właściwej formy leczenia i liczbę pacjentów traconych z systemu po pierwszym zgłoszeniu.

W opinii Funduszu PZK w kontekście realizowanych zadań powinno funkcjonować we wszystkich poradniach zdrowia psychicznego wchodzących w skład centrum zdrowia psychicznego. Pacjent winien mieć równy dostęp do świadczeń realizowanych w danym zakresie. Jeżeli świadczeniodawca ma więcej niż jedną poradnię zdrowia psychicznego, to wydaje się niedopuszczalne, aby w ramach tych poradni był nierówny dostęp do czynności realizowanych w PZK.

Ponadto ze względu na założenie, że pacjent powinien mieć bliski dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, brak jest w przepisach uregulowania maksymalnej odległości między PZK a miejscem zamieszkania pacjenta. Skoro konkurs ofert będzie ogłaszany na dany obszar, to zasadą rozmieszczenia poradni zdrowia psychicznego winna być maksymalna odległość tej poradni do miejsca zamieszkania pacjenta. Fundusz proponuje, aby odległość ta nie była większa niż 10 km.

Ponadto NFZ wskazał, że wskazania do realizacji świadczenia powinny obejmować nie tylko Z03, ale także rozpoznania z zakresu F00-F99.

Świadczenia realizowane w CZP w warunkach ambulatoryjnych

KK w dziedzinie psychiatrii wyraził pozytywną opinię w zakresie zapisów wymagań wskazując, że zakres ambulatoryjny powinien stanowić podstawę funkcjonowania CZP. Należy jednak zapewnić, aby ryczałtowe finansowanie nie ograniczało dostępu do świadczeń czasochłonnych, w tym diagnostyki, psychoterapii, psychoedukacji, leczenia poprawiającego adherencję oraz nowoczesnej farmakoterapii, gdy jest klinicznie uzasadniona.

W opinii KK w dziedzinie psychiatrii, minimalny wymóg dotyczący personelu wymaganego do realizacji **porady psychologicznej diagnostycznej** na poziomie „(...) 0,5 etatu psychologa klinicznego lub osoby równoważnie przygotowanej może być niewystarczający przy potrzebie diagnostyki osobowości, funkcji poznawczych i różnicowania złożonych obrazów klinicznych (...)” KK w dziedzinie psychoterapii uzależnień wskazała, że „cele diagnostyki psychologicznej są nierealne w kontekście do 3 porad diagnostycznych, powinno być co najmniej do 6 porad. Niektóre z celów np. wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości, ocena procesów poznawczych, planu leczenia wymaga kompetencji specjalisty psychologii klinicznej.”

KK w dziedzinie psychiatrii zaproponował, aby dla **wizyty, porady domowej lub środowiskowej** zostały określone zasady pracy zespołowej i koordynacji z rodziną, pomocą społeczną i POZ. Ponadto terapeuta środowiskowy może pracować samodzielnie lub w zespole, ale konieczna jest możliwość szybkiej konsultacji lekarskiej lub psychologicznej (*komentarz Agencji: elementy związane z zasadami współpracy mogą zostać określone w Standardach diagnostyczno-terapeutycznych w Centrum Zdrowia Psychicznego lub Standardach organizacyjnych*).

KK w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego proponuje dodanie odrębnego świadczenia „porada pielęgniarstwa” wskazując, że obecnie nie są rozliczane procedury pielęgniarstwa np.: pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych; wykonywanie EKG, EEG, ocena stanu psychicznego, prowadzenie treningów umiejętności społecznych, psychoedukacja

pacjenta i rodziny, wizyty domowe. Dlatego sugeruje uwzględnienie w świadczeniach „porady pielęgniarskiej” (adekwatnie do porady lekarskiej lub porady psychologicznej) do której można przypisać ww. czynności. (komentarz Agencji: w aktualnym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego personel pielęgniarski ujęty jest jako personel niezbędny w ramach poszczególnych świadczeń. Ww. aktach prawnych nie wyodrębniono niezależnych świadczeń obejmujących wyłącznie czynności pielęgniarskie świadczone na rzecz pacjenta). Ponadto terapia środowiskowa powinna być traktowana jako odrębny, ważny element modelu, a nie jako świadczenie pomocnicze o drugorzędnym znaczeniu.

Fundusz proponuje, aby pojęcie „świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne w centrum zdrowia psychicznego” zostało doprecyzowane, tj. „Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne w centrum zdrowia psychicznego – porady, sesje, wizyty udzielone w pomieszczeniach zakładu leczniczego.

NFZ zwrócił uwagę, że w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych w centrum zdrowia psychicznego (lp. 6), w pkt 10 określono świadczenie pt. „wizyta, porada domowa lub środowiskowa – wizyta lub porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Jak wynika z definicji tej wizyta jest ona realizowana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, czyli zgodnie z nomenklaturą ustawy o działalności leczniczej – w miejscu pobytu pacjenta. Realizacja rzeczonoego świadczenia nie jest spójna z założeniem przyjętym dla świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych w centrum zdrowia psychicznego, które wskazuje realizację tych świadczeń w pomieszczeniach zakładu leczniczego. Wobec powyższego z katalogu świadczeń określonych w lp. 6 załącznika należy usunąć świadczenie: wizyta, porada domowa lub środowiskowa.

„Jeżeli prawodawca przyjął w założeniu, że świadczenia określone w lp. 6 i lp. 7 załącznika mogą być realizowane zarówno w pomieszczeniach zakładu leczniczego jak i w miejscu pobytu pacjenta, Fundusz wnosi o rozdzielną zdefiniowanie świadczeń mogących być udzielanych w pomieszczeniach zakładu leczniczego i w miejscu pobytu pacjenta. Zwłaszcza w kontekście faktu, że świadczenia zdefiniowane w lp. 6 i lp. 7 praktycznie niczym istotnym się nie różnią.”

NFZ sugeruje, że rozpoznanie Z03 dla **świadczenia psychiatrycznego ambulatoryjnego w centrum zdrowia psychicznego** (Lp. 6 kol. 4) powinno dotyczyć wyłącznie porady lekarskiej diagnostycznej, porady psychologicznej diagnostycznej i wizyty porady domowej lub środowiskowej.

Ponadto Fundusz zgłasza potrzebę określenia minimalnej liczby poradni zdrowia psychicznego na 100 tys. populacji z uwzględnieniem gęstości zaludnienia i odległości od miejsca zamieszkania. Powyższe wynika z potrzeby zapewnienia dostępności do poradni zdrowia psychicznego, która jest kluczowa w kontekście obecnej, zakontraktowanej przez NFZ liczby miejsc udzielania świadczeń. NFZ rekomenduje min 3 poradnie na 100 tys. populacji.

Leczenie środowiskowe (domowe) w centrum zdrowia psychicznego

W opinii NFZ „definicja pojęcia leczenia środowiskowego (domowego) w centrum zdrowia psychicznego winna być doprecyzowana, tj. „leczenie środowiskowego (domowego) w centrum zdrowia psychicznego - porady, sesje, wizyty udzielone w miejscu pobytu świadczeniobiorcy”.

W konsekwencji powyższego definicje świadczeń jednostkowych określonych w pkt 1-5, 7-9, powinny zawierać wyrażenie „udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy” jak to ma miejsce w przypadku pojęcia: „wizyta, porada domowa lub środowiskowa - wizyta, porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, (...)”.

Ponadto NFZ wskazuje, że należy do świadczenia „Leczenie środowiskowe (domowe) w centrum zdrowia psychicznego” dodać rozpoznanie Z03 dla porady lekarskiej diagnostycznej, porady psychologicznej diagnostycznej, wizyty porady domowej lub środowiskowej i sesji wsparcia psychospołecznego.

Asystent zdrowienia

KK w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego wskazała, że uczestnictwo asystent zdrowienia jako osoby uczestniczącej w procesie terapeutycznym, ale nieudzielającej świadczeń opieki zdrowotnej, nie powinno być określone jako warunek wymagany, proponując pozostawienie w tym obszarze fakultatywności. Natomiast KK w dziedzinie psychiatrii wskazał, że rola asystenta zdrowienia może wzmacniać motywację pacjentów, redukować izolację i wspierać proces zdrowienia. Konieczne jest jednak jasne określenie kompetencji, superwizji i granic odpowiedzialności. Asystent zdrowienia nie

powinien zastępować leczenia psychiatrycznego, psychologicznego ani psychoterapii, lecz wspierać proces zdrowienia w ramach planu zespołowego.

W opinii NFZ do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, należy wprowadzić definicję asystenta zdrowienia. „Fundusz jest zobowiązany do weryfikacji personelu zgłaszanego do harmonogramu do umowy o realizację świadczeń zdrowotnych. MZ wskazuje, że asystentem zdrowienia jest osoba po przebytym kryzysie psychicznym oraz przebytym szkoleniu. Brak doprecyzowania wymagań dotyczących ww. personelu uniemożliwia Funduszowi wywiązanie się ze swoich obowiązków, również w kontekście bezpieczeństwa pacjenta. Fundusz rozwiązywał sytuację, w której realizator zgłosił do harmonogramu asystenta zdrowienia po kilku godzinnym szkoleniu”.

Komentarz Agencji: asystent zdrowienia zgodnie z założeniem wdrażanego modelu pełni rolę wspierającą osoby w kryzysie psychicznym, opartą na własnym doświadczeniu choroby i procesu zdrowienia. Asystent jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego, ale nie zastępuje personelu medycznego a jego rola ma charakter uzupełniający i wspierający. Według Standardów organizacyjnych CZP wymóg posiadania asystenta zdrowienia (w liczbie 1 etat w CZP w przeliczeniu na populację 100 tys. mieszkańców z obszaru działania centrum) miał charakter fakultatywny do końca 2023 r. a następnie obligatoryjny. Przegląd rozwiązań międzynarodowych wykazał, że w wielu krajach asystenci zdrowienia (mentorzy) są integralną częścią personelu w centrach świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia.

Jednocześnie Agencja zgadza się z Funduszem, z uwagi na fakt, że w tabeli z warunkami realizacji świadczeń nie zdefiniowano szczegółowo roli i zadań asystenta zdrowienia, definicja powinna znajdować się w części normatywnej rozporządzenia.

6. Analiza kliniczna

Kwalifikacja świadczenia Centrum Zdrowia Psychicznego stanowi zmianę organizacyjno-finansową w systemie opieki zdrowotnej. Świadczenia CZP obejmują świadczenia, które są gwarantowane i dostępne w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (np. świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych tj. porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii). Świadczenia te są o potwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie dla pacjenta. W niniejszym zleceniu kluczowe znaczenie mają dostępność świadczeń, ciągłość opieki, koordynacja działań oraz efektywność organizacyjna. Uwzględniając powyższe odstąpiono od przeprowadzenia analizy skuteczności i bezpieczeństwa powyższych interwencji.

7. Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach

7.1. Metodyka

W dniach 30.04-08.05.2026 przeprowadzono wyszukiwanie niesystematyczne rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych w zakresie funkcjonowania krajowych centrów zdrowia psychicznego. Dokonano wyszukiwania wolnotekstowego na stronach internetowych instytucji działających w ochronie zdrowia przy użyciu następujących słów kluczowych: *mental health*, *mental health service networks*, *mental health centers* oraz ich odpowiedników w językach urzędowych analizowanych krajów. W ramach przeglądu szukano informacji dotyczących rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych w następujących krajach: Australia, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Holandia, Irlandia, Kanada, Litwa, Niemcy, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Stany Zjednoczone, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania i Włochy. Nie odnaleziono informacji dotyczących funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego na poziomie krajowym w Estonii, Finlandii, Holandii, Irlandii, Kanadzie, Portugalii, w Stanach Zjednoczonych, Szwecji ani na Węgrzech. Na Słowacji prowadzone są obecnie reformy zmierzające do utworzenia sieci centrów psychospołecznych.

Poniżej przedstawiono podsumowania najważniejszych odnalezionych informacji odnoszących się merytorycznie do zakresu przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia.

7.2. Opis

Tabela 8. Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach w zakresie opieki psychiatrycznej – centra zdrowia psychicznego

Kraj/region, rok	Rozwiązania organizacyjne
Australia⁵⁷	Centra zdrowia psychicznego w Australii, tzw. <i>Medicare Mental Health Centres</i>, są finansowane ze środków publicznych. Podstawowe usługi świadczone w <i>Medicare Mental Health Centres</i> opierają się na czterech kluczowych elementach: - o reagowanie na kryzys lub znaczne poczucie cierpienia osób zgłaszających się osobiście do placówki lub kontaktujących się z nią cyfrowo (posiadanie skierowania nie jest wymagane); - o zapewnienie centralnego punktu kontaktu z innymi usługami w regionie oraz spójnego doświadczenia dla użytkowników (we współpracy z centralną telefoniczną usługą przyjęcia i oceny); - o zapewnienie oceny danego przypadku na miejscu, w tym informacji i wsparcia w dostępie do usług (we współpracy z centralną telefoniczną usługą przyjęcia i oceny); - o natychmiastowa opieka, zarówno krótko- jak i długoterminowa, oparta na dowodach naukowych i najlepszej dostępnej wiedzy. Jakość usług wykonywanych w <i>Medicare Mental Health Centres</i> zapewniają wielodyscyplinarne zespoły, w skład których wchodzi m.in. lekarze, psycholodzy, pielęgniarki, pracownicy socjalni, koordynatorzy opieki oraz asystenci zdrowienia. Rolą koordynatora opieki jest wsparcie pacjentów oraz ich opiekunów w znalezieniu najbardziej odpowiedniego leczenia, opieki lub pomocy. Asystent zdrowienia to osoba, która sama doświadczyła choroby psychicznej i/lub próby samobójczej i która wnosi cenny wkład, dzieląc się z innymi swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą psychiczną i/lub próbą samobójczą oraz procesem powrotu do zdrowia.
Czechy	Centra zdrowia psychicznego w Czechach są finansowane ze środków publicznych. Centrum zdrowia psychicznego (cz. <i>Centra Duševního Zdraví</i>, CDZ) stanowi ogniwo łączące opiekę podstawową, w tym ambulatoryjną opiekę psychiatryczną, z opieką szpitalną – zarówno doraźną, jak i specjalistyczną. Jego zadaniem jest zapobieganie hospitalizacjom lub skracanie ich czasu oraz pomoc w reintegracji osób długotrwale hospitalizowanych ze społecznością lokalną. W tym celu CDZ tworzy niezbędne programy, a także zapewnia w ramach swojego obszaru działania funkcjonalne połączenie opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. W ten sposób centrum zdrowia psychicznego funkcjonuje w modelu zarządzania przypadkiem (ang. <i>case management</i>), zapewniając wszystkim pacjentom wymagającym wsparcia elastyczną i spersonalizowaną opiekę bez konieczności oczekiwania w kolejce. Aby osiągnąć główny cel, jakim jest maksymalna integracja społeczna oraz kliniczna i społeczna rekonwalescencja pacjentów, centrum zdrowia psychicznego (tzw. CDZ) współpracuje w swoim regionie z innymi podmiotami i służbami, zarówno wyspecjalizowanymi, jak i ogólnodostępnymi, działającymi m.in. w obszarach zatrudnienia, edukacji, mieszkalnictwa oraz aktywności społeczno-rekreacyjnej⁵⁸. Funkcjonowanie CDZ w okresie przejściowym (po trybie pilotażowym a przed wejściem w życie ustaw opisujących ich działalność) jest opisane w dokumencie opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z ministerstwem

⁵⁷ Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. (2025). *National Service Model: Medicare Mental Health Centres*. Pozyskano z: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-05/national-service-model-medicare-mental-health-centres.pdf>, dostęp z 05.05.2026.

⁵⁸ Centra duševního zdraví (CZD). (2026). Pozyskano z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>, dostęp z 06.05.2026.

Kraj/region, rok	Rozwiązania organizacyjne
	Pracy i Spraw Socjalnych. Do 1 stycznia 2025 r. centra działały w trybie pilotażowym, a ich regulację prawną określa ustawa o opiece zdrowotnej i ustawa o opiece społecznej (m.in. Ustawa nr 371/2021 o publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym)^{59,60}. CDZ według obowiązujących przepisów prawa świadczą usługi socjalne i zdrowotne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania lub z wykazanim ryzykiem rozwoju takich zaburzeń, jak również zapewniają wsparcie i pomoc osobom bliskim pacjenta. Usługi centrów zdrowia psychicznego są świadczone przez pracowników ochrony zdrowia oraz pracowników pomocy społecznej, w ścisłej współpracy między nimi⁶¹. Zapisy ustawy o opiece zdrowotnej wskazują, że świadczeniodawca zakładający centrum zdrowia psychicznego musi świadczyć usługi społeczne w ramach własnej jednostki lub na podstawie umowy z podmiotem współpracującym. CDZ świadczy usługi zdrowotne w formie opieki ambulatoryjnej oraz opieki świadczonej w środowisku społecznym pacjenta. Może je również świadczyć w miejscu aktualnego przebywania pacjenta w sytuacji, gdy pacjent ze względu na swój stan zdrowia nie jest w stanie skorzystać z usług zdrowotnych w placówce medycznej lub we własnym środowisku społecznym, albo jeśli takiego środowiska pacjent nie posiada. Częścią usług zdrowotnych świadczonych przez centrum zdrowia psychicznego jest zawsze opieka profilaktyczna. CDZ świadczy usługi zdrowotne w obszarze: - o psychiatrii, psychoterapii i psychologii klinicznej w centrach zdrowia psychicznego dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi; - o psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej, psychoterapii oraz psychologii klinicznej w centrach zdrowia psychicznego dla dzieci; - o psychiatrii, psychoterapii, geriatry i psychologii klinicznej w centrach zdrowia psychicznego dla seniorów; - o psychiatrii, psychologii klinicznej i uzależnień w ośrodkach zdrowia psychicznego dla osób z zaburzeniami uzależnień; - o psychiatrii i psychologii klinicznej w centrach zdrowia psychicznego dla osób objętych przymusowym leczeniem ochronnym. Zapisy ustawy wskazują również, że częścią usług zdrowotnych świadczonych przez podmiot prowadzący CDZ jest opieka pielęgniarstwa, a usługi w zakresie psychoterapii mogą być świadczone również przez lekarza w ramach psychoterapii medycznej. W zakresie usług społecznych w CDZ dostępne są⁶²: - o trening umiejętności samoobsługi, samodzielności i innych działań prowadzących do integracji społecznej, - o umożliwienie kontaktu ze środowiskiem społecznym, - o działania edukacyjne i aktywizujące, - o pomoc w realizacji praw i spraw osobistych, - o działania socjoterapeutyczne. Minimalne wymagania kadrowe w zakresie CDZ dla usług zdrowotnych obejmują w zależności od rodzaju CDZ⁶³: - o CDZ dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi: psychiatra (0,5 etatu), psycholog kliniczny (0,5 etatu), pielęgniarka psychiatryczna (0,2 etatu), przy czym psychiatra lub psycholog muszą być jednocześnie lekarzem psychoterapeutą/psychoterapeutą, by łączna liczba godzin pracy lekarza psychoterapeuty lub psychoterapeuty wynosiła co najmniej 0,2 etatu; - o CDZ dla dzieci: psychiatra dziecięcy i młodzieżowy (0,3 etatu), psycholog kliniczny dziecięcy lub psycholog kliniczny (0,3 etatu), pielęgniarka dziecięca specjalizująca się w psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej lub pielęgniarka psychiatryczna (1 etat), przy czym psychiatra lub psycholog muszą być jednocześnie lekarzem psychoterapeutą/psychoterapeutą, by łączna liczba godzin pracy lekarza psychoterapeuty lub psychoterapeuty wynosiła co najmniej 0,2 etatu; - o CDZ dla seniorów: psychogeriatra lub psychiatra (0,2 etatu), geriatra (0,2 etatu), psycholog kliniczny (0,2 etatu), pielęgniarka psychiatryczna (1 etat), przy czym psychogeriatra, psychiatra lub psycholog kliniczny muszą być jednocześnie lekarzem psychoterapeutą/psychoterapeutą, by łączna liczba godzin pracy lekarza psychoterapeuty lub psychoterapeuty wynosiła co najmniej 0,2 etatu; - o CDZ dla osób z zaburzeniami uzależnień: psychiatra (0,5 etatu), psycholog kliniczny (0,2 etatu), specjalista ds. uzależnień (1 etat), pielęgniarka psychiatryczna (0,5 etatu); - o CDZ dla osób objętych przymusowym leczeniem ochronnym: psychiatra (1 etat), psycholog kliniczny (1 etat), pielęgniarka psychiatryczna (1 etat).

⁵⁹ Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej. (2024). Informacja dotycząca zapewnienia płynnego funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego od 1 stycznia 2025 r. Pozyskano z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2025-10/Informace%20k%20zaji%C5%A1t%C4%Bn%C3%AD%20plynul%C3%A9ho%20fungov%C3%A1n%C3%AD%20CDZ.pdf>, dostęp z 06.05.2026.

⁶⁰ Ustawa 371/2021 z dn. 14 września 2021 r. zmieniająca ustawę nr 48/1977 Sb. o publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie i uzupełnieniu niektórych powiązanych ustaw, z późniejszymi zmianami, oraz niektóre inne ustawy. Pozyskane z: <https://e-sbirka.gov.cz/sb/2021/371/2025-01-01?f=371%2F2021&zalozka=text>, dostęp z 06.05.2026.

⁶¹ Ustawa 372/2011 o opiece zdrowotnej i warunkach jej świadczenia (zákon o zdravotních službách). Pozyskano z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2011/372/2026-01-01?zalozka=text#ppc_62, dostęp z 08.05.2026.

⁶² Dekret 505/2006 z 15 listopada 2006 r. o wdrażaniu niektórych przepisów ustawy o usługach społecznych. Pozyskano z: <https://e-sbirka.gov.cz/sb/2006/505/2026-01-01?zalozka=text>, dostęp z 08.05.2026.

⁶³ Dekret 99/2012 z 22 marca 2012 r. o minimalnych wymaganiach kadrowych dla usług zdrowotnych. Pozyskano z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2012/99?zalozka=text#pril_11, dostęp z 06.05.2026.

Kraj/region, rok	Rozwiązania organizacyjne
	Obecnie w Czechach funkcjonuje 40 Centrów Zdrowia Psychicznego, 7 CDZ dla dzieci i młodzieży, 1 zespół multidyscyplinarny ds. seniorów, 4 zespoły multidyscyplinarne ds. uzależnień, 4 poradnie z rozszerzoną opieką dla osób uzależnionych, 2 zespoły multidyscyplinarne ds. medycyny sądowej i 17 poradni z rozszerzoną opieką dla osób z zaburzeniami psychicznymi ⁶⁴ .
Dania	Usługi z zakresu zdrowia psychicznego w Danii ze środków publicznych są świadczone dzięki współpracy międzysektorowej pomiędzy sektorami opieki zdrowotnej i społecznej. Regiony są odpowiedzialne za psychiatryczne usługi opieki zdrowotnej, a gminy są odpowiedzialne za świadczenia z zakresu psychiatrii społecznej, z wyjątkiem niektórych usług, które nadal są zarządzane przez regiony, ale finansowane przez gminy. W związku z tym istnieje częściowe nakładanie się w obrębie niektórych usług psychiatrii społecznej, które są świadczone przez regiony i gminy⁶⁵. System opieki zdrowotnej jest w dużej mierze zdecentralizowany i podzielony na 5 regionów oraz 98 gmin oraz opiera się na prawie jednostki do samodzielnego decydowania, z możliwością swobodnego wyboru szpitala i lekarza pierwszego kontaktu. Podział zadań w duńskim sektorze opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii: - o Obowiązki lekarza rodzinnego: leczenie mniej poważnych chorób psychicznych, skierowanie pacjenta do psychologa lub psychiatry, monitorowanie pacjenta po specjalistycznym leczeniu, wydawanie zaświadczeń o niezdolności do pracy, kierowanie do gminnych usług rehabilitacyjnych, - o Obowiązki gminy: leczenie profilaktyczne, psychiatria społeczna, psychiatryczna opieka domowa, domy opieki psychiatrycznej, leczenie nadużywania alkoholu i narkotyków, rehabilitacja niewymagająca hospitalizacji, - o Obowiązki regionalne: usługi z zakresu szpitalnictwa psychiatrycznego, zapewnienie dostępu do lekarzy specjalistów oraz leczenia psychologicznego i psychiatrycznego⁶⁶. W 2025 r. rząd opublikował kompleksowy, 10-letni plan dla psychiatrii, który zakłada dodatkowe wsparcie finansowe dla tego sektora. Reforma kładzie nacisk na zdrowie psychiczne poprzez poprawę dostępności i jakości opieki, podkreśla znaczenie włączenia usług w zakresie zdrowia psychicznego do podstawowej opieki zdrowotnej celem zapewnienia wczesnej interwencji i kompleksowego leczenia. Plan ten koncentruje się na wzmocnieniu współpracy i koordynacji między podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne, w tym lekarzami pierwszego kontaktu, psychologami, psychiatrami i innymi specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym. Konkretnie inicjatywy obejmują zwiększenie dostępności terapii psychologicznych, skrócenie czasu oczekiwania na usługi w zakresie zdrowia psychicznego oraz wdrożenie strategii zapobiegania i wczesnej interwencji w przypadku problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Reforma podkreśla również znaczenie opieki środowiskowej, zapewniającej osobom dostęp do odpowiedniego wsparcia w ramach lokalnych społeczności⁶⁷. Opis na podstawie Regionu Stołecznego Danii – Hovedstadens⁶⁸: Model stosowanej opieki psychiatrycznej to F-ACT (ang. <i>Flexible Assertive Community Treatment</i>) – model opierający się na interdyscyplinarnych zespołach, które posiadają szeroki zakres kompetencji. W zakresie psychiatrii Region Stołeczny Danii, gminy oraz lekarze rodzinni w regionie zawarli porozumienie w sprawie opieki zdrowotnej na lata 2024-2027. Określa ono ogólne ramy i kierunki współpracy międzysektorowej na rzecz mieszkańców (powyżej 18 r.ż. z chorobami psychicznymi) wymagających wsparcia w zakresie zarówno opieki zdrowotnej, jak i społecznej. Umowa ma na celu zapewnienie wysokiej jakości, skoordynowanego, skutecznego i spójnego działania wszystkich zaangażowanych podmiotów, jak również aktywne włączenie pacjenta do oceny, leczenia i rehabilitacji z uwzględnieniem jego potrzeb. Stronami tego porozumienia są: - o gminy Regionu Stołecznego w odniesieniu do wszystkich działań gminnych (obszar pomocy społecznej, urzędy pracy, służba zdrowia, opieka nad dziećmi i rodziną, jak i ewentualnie inne istotne obszary gminne, np. placówki mieszkalne prowadzone przez Den Sociale Virksomhed współpracujące z Regionem Stołecznym ds. Psychiatryi), - o Oddział psychiatrii Regionu Stołecznego (leczenie ambulatoryjne, w tym również środowiskowe, jak i leczenie szpitalne) - o PLO-Hovedstaden w imieniu lekarzy prowadzących praktykę ogólną. Gminy odpowiedzialne są za ocenę i przyznawanie wsparcia gminnego, którego potrzebują mieszkańcy z grupy docelowej. Oddział Psychiatryi Regionu Stołecznego odpowiada za diagnozowanie i leczenie osób z umiarkowanymi

⁶⁴ Interaktywna mapa Centrów Zdrowia Psychicznego i multidyscyplinarnych zespołów nowych usług w Czechach (przekierowanie z: Reforma Pece o Dusevni Zdravi. (2026). <https://www.reformapsychiatrie.cz>). Pozyskano z: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUlw3an8hY_OpzoO5F1EAj4Rk_5mnas9&ll=49.83905348538608%2C14.785640214453107&z=9, dostęp z 06.05.2026.

⁶⁵ Birk H.O., Vrangbæk K., Rudkjøbing A., Krasnik A., Horschig M., Eriksen A., Richardson E., Jervelund S S. (2024). Denmark: Health System Summary, 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Pozyskano z: <https://healthcaredenmark.dk/media/o0kphpic/dk-health-system-summary.pdf>, dostęp z 05.05.2026.

⁶⁶ Healthcare Denmark. (2023). The Danish Approach to Mental Health, 2nd edition - October 2023. Pozyskano z: https://healthcaredenmark.dk/media/hwaj2a14/thedanishapproachtomentalhealth_2ndedition_2023.pdf, dostęp z 05.05.2026.

⁶⁷ Indenrigs-OG Sundhedsministeriet. (2025). Aftale om en samlet 10-arsplan for psykiatrien. Pozyskano z: <https://www.ism.dk/Media/638832422750686110/Aftale%20om%20en%20samlet%2010-%c3%a5rsplan%20for%20psykiatrien-2025.pdf>, dostęp z 05.05.2026.

⁶⁸ Psykiatri-RegionH. (2026). Generel information. Pozyskano z: <https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/tvaersektorielt-samarbejde/samarbejdsaftaler/voksne/generel-information/Sider/default.aspx>, dostęp z 05.05.2026.

Kraj/region, rok	Rozwiązania organizacyjne
	lub ciężkimi zaburzeniami psychicznymi – zarówno w trybie ambulatoryjnym, w tym w ramach działań terenowych, jak i podczas hospitalizacji. Lekarze pierwszego kontaktu są odpowiedzialni za diagnozowanie i leczenie osób z chorobami psychicznymi lub kierowanie ich na badania diagnostyczne i leczenie do Regionu Stołecznego ds. Psychiatrii. Oprócz profesjonalistów objętych porozumieniem o współpracy oraz samego obywatela porozumienie o współpracy podkreśla znaczenie zaangażowania bliskich, rówieśników lub wolontariuszy, którzy mogą pomóc we wspieraniu procesu leczenia i przyczynianiu się do tego, by obywatele doświadczali spójnego procesu, który jest również powiązany z życiem prywatnym. Odpowiedzialność za włączenie bliskich w współpracę międzysektorową spoczywa zarówno na gminie, jak i na Oddziale Psychiatrii Regionu Stołecznego we współpracy z obywatelem. W ramach współpracy oddział psychiatrii Regionu Stołecznego zatrudnia mentorów ds. powrotu do zdrowia (in. asystent zdrowienia), którzy są lub byli pacjentami psychiatrycznymi. Mentorzy ds. powrotu do zdrowia są wzorami do naśladowania i pomostami między pacjentami a pracownikami oraz pokazują, że powrót do zdrowia jest możliwy. Podstawowym warunkiem zawarcia umowy o współpracy jest wyrażenie przez obywatela zgody na wymianę informacji między różnymi podmiotami lub istnienie w przepisach prawnych podstawy umożliwiającej wymianę informacji bez zgody, zgodnie z ustawą o służbie zdrowia, ustawą o administracji, obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi ochrony danych osobowych itp. Zgodnie z definicjami modelu F-ACT i informacjami na stronie Regionu Stołecznego Danii, zespół F-ACT składa się z następujących osób i posiada następujące kompetencje⁶⁹: - o 1 koordynator (podział zadań, zarządzanie zasobami, współpracuje ściśle z psychiatrą w kierowaniu zespołem), - o 1 psychiatra (pełna odpowiedzialność kliniczna: diagnostyka, leczenie, monitorowanie efektów; prowadzenie farmakoterapii; zarządzanie planami leczenia i sytuacjami nagłymi; decydowanie o zakończeniu opieki), - o 1 psycholog specjalista/ psycholog [prowadzi diagnostykę oraz krótkie interwencje terapeutyczne (np. terapia poznawcza, motywująca, wspiera rozwój zespołu)], - o 1 pracownik socjalny [kontakt z gminą, ocena sytuacji społecznej, wsparcie w sprawach socjalnych i finansowych oraz dla rodzin (w tym dzieci pacjenta)], - o 6-7 osób kontaktowych (pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, z których niektórzy mają zrealizowane specjalistyczne szkolenie psychiatryczne) [prowadzenie pacjentów, w tym z podwójną diagnozą lub orzeczeniami sądowymi, koordynacja opieki i działań terapeutycznych; terapeuci zajęciowi – ocena funkcjonowania w życiu codziennym, praca nad poprawą funkcjonowania i samodzielności, pielęgniarki – wsparcie leczenia farmakologicznego, monitorowanie zdrowia somatycznego, koordynacja działań zespołu i dokumentacji], - o 1 mentor ds. zdrowienia (in. asystent zdrowienia) [wsparcie procesu zdrowienia, poprawa zaangażowania pacjentów (szczególnie trudnych w kontakcie)], - o 1 doradca ds. zatrudnienia/edukacji (wsparcie w wejściu na rynek pracy lub do edukacji, współpraca z pracodawcami).
Litwa ^{70,72}	Działalność centrów opieki psychicznej (lit. <i>Psichikos Sveikatos Centras</i>) wchodzących w skład podstawowej ambulatoryjnej opieki nad zdrowiem psychicznym na Litwie jest finansowana ze środków publicznych w ramach funduszu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Tryb świadczenia usług w tego typu ośrodkach opisuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.09.2012 r. (Nr V-861). Wynika z niego, że litewskie centrum zdrowia psychicznego reprezentuje zintegrowany model opieki środowiskowej, który łączy świadczenia medyczne, psychologiczne i społeczne, kładąc jednocześnie nacisk na profilaktykę, diagnostykę, terapię i koordynację zachodzących w nim procesów. Centrum pełni rolę pierwszego poziomu opieki psychiatrycznej i zapewnia: natychmiastową pomoc medyczną w nagłych przypadkach, kompleksową ambulatoryjną opiekę psychiatryczną (promowanie zdrowego stylu życia i zdrowia psychicznego, profilaktyka zaburzeń psychicznych – zapobieganie zwłaszcza depresji i samobójstwom, wdrażanie programów dedykowanych dzieciom i młodzieży oraz seniorom, świadczenie usług interwencji kryzysowej, wstępne badanie psychiatryczne, wsparcie psychologiczne, psychofarmakoterapie, poradnictwo osobiste, rodzinne, rehabilitację psychiatryczną i psychospołeczną, leczenie i rehabilitację uzależnień, usługi pielęgniarstwa i opieki społecznej), usługi opieki nad zdrowiem psychicznym w domu pacjenta i in. Centrum ściśle współpracuje z lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi specjalistami. Opiekę psychiatryczną w centrum zdrowia psychicznego (co najmniej przez 5 godzin każdego dnia roboczego) świadczy zespół składający się co najmniej z: lekarza psychiatry, pielęgniarki zdrowia psychicznego, pracownika socjalnego i psychologa medycznego. Jeśli w zespole nie ma lekarza psychiatry dziecięcego i młodzieżowego, to jego rolę może pełnić lekarz psychiatra. Z raportu OECD (ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>) z 2023 r. dotyczącego stanu opieki zdrowotnej na Litwie wynika, że podstawowa i znaczna część specjalistycznej ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej

⁶⁹ Psykiatri-RegionH. (2025). Hvad er F-ACT? Pozyskano z: <https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/f-act/hvad-er-f-act/sider/default.aspx>, dostęp z 06.05.2026.

⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2025). Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo 17.09.2012. Pozyskano z: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.433323>, dostęp z 07.05.2026.

⁷¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Lithuania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Pozyskano z: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/lithuania-country-health-profile-2023_7ab0a5d9/5ed683c8-en.pdf, dostęp z 07.05.2026.

⁷² Lietuvos Psichiatrijos Asociacija. (2026). Psichikos sveikatos centrai. Pozyskano z: <https://www.psichiatrija.lt/nuorodos/psc/>, dostęp z 07.05.2026.

Kraj/region, rok	Rozwiązania organizacyjne
	organizowana jest przez gminy i zazwyczaj świadczona w centrach zdrowia psychicznego, które często znajdują się w tym samym budynku, co przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent może się do nich zgłosić bez skierowania. Raport wskazuje, że ze względu na ograniczenia zasobów tych centrów, powstają długie listy oczekujących, a osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi są często kierowane do szpitalnej opieki psychiatrycznej. Rząd litewski aktualnie pracuje nad strategią rozwoju ochrony i promocji zdrowia na lata 2022-2030, w której poprawa zdrowia psychicznego jest jednym z jej priorytetów. Na stronie Litewskiego Stowarzyszenia Psychiatryków (lit. <i>Lietuvos Psichiatrijos Asociacija</i>) widnieje spis centrów zdrowia psychicznego w podziale na województwa – pacjenci mają do dyspozycji w sumie 99 ośrodków.
Wielka Brytania ^{73,74}	Brytyjski NHS (ang. <i>National Health Service</i>) rozwija obecnie model lokalnych, całodobowych ośrodków zdrowia psychicznego (ang. <i>24/7 neighbourhood mental health centres</i>). Jest to kolejny etap transformacji jakości usług zdrowia psychicznego dla dorosłych wynikający z założeń 10 letniego planu zdrowotnego dla Anglii który zakłada przejście z leczenia szpitalnego do lokalnej opieki zdrowotnej, aby utworzyć jednolity, skoordynowany i zorientowany na pacjenta model opieki zdrowotnej. Lokalna opieka zdrowotna ma na celu zgrupowanie specjalistów w zespołach skoncentrowanych na pacjencie, by stosować modele opieki dopasowane do potrzeb pacjenta. Zgodnie z oceną NHS, takie rozwiązanie przyczyni się do zwiększenia dostępności świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ograniczenia liczby hospitalizacji oraz silniejszej integracji opieki zdrowotnej ze strukturą społeczną poszczególnych społeczności lokalnych. Ośrodki zdrowia psychicznego są jednym z priorytetów według zapisów 10-letniego planu zdrowotnego. Funkcjonowanie całodobowych ośrodków zdrowia psychicznego opiera się na: - o Zasadzie „otwartych drzwi” – pacjent może przyjść, zadzwonić lub zostać tu skierowanym; - o Ciągłości i relacji – pacjent spotyka się z tym samym zespołem, znającym jego historię medyczną; - o Wsparcia w okolicy miejsca zamieszkania – ośrodki są lokalne i łatwo dostępne; - o Jednym zaufanym zespole specjalistów – specjaliści ds. zdrowia psychicznego, asystenci zdrowienia (ang. <i>peer workers</i>), pracownicy opieki społecznej, pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej i partnerzy społeczni współpracują w jednym miejscu; - o Stałym dostępem do pomocy – ośrodek jest blisko, pacjent może otrzymać pomoc wtedy, gdy jej potrzebuje, nawet w nocy, co pozwoli uniknąć sytuacji kryzysowych; - o Spersonalizowanej i elastycznej opiece – zespół wysłuchuje i tworzy plan leczenia dostosowany do potrzeb pacjenta. Całodobowe ośrodki zdrowia psychicznego dedykowane są każdemu, kto potrzebuje pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, a w szczególności osobom, cierpiącym na poważne zaburzenia psychiczne, które potrzebują stałego wsparcia w swojej najbliższej okolicy i szybkiej reakcji w trudnych sytuacjach. Korzyści z wdrożenia tego typu modelu opieki wg NHS, są następujące: - o z perspektywy pacjenta – opieka bliżej domu, brak konieczności poruszania się po skomplikowanych procesach leczenia między sektorami, bezpośredni dostęp do odpowiedniego wsparcia, szybka pomoc, opieka holistyczna; - o z perspektywy personelu medycznego – prostsze ścieżki opieki nad pacjentem, więcej czasu poświęcanego pacjentowi na opiekę, zapewnienie lepszej ciągłości procesów, silniejsza współpraca między specjalistami. Obecnie w Wielkiej Brytanii trwa pilotaż całodobowych, lokalnych ośrodków zdrowia psychicznego w 6 placówkach, a dodatkowo 16 placówek stowarzyszonych testuje ten model poprzez społeczność praktyków uczących się od siebie nawzajem (nieformalna sieć współpracy między specjalistami i interesariuszami, stanowiąca źródło wiedzy, możliwości uczenia się i wsparcia).
Włochy ^{75,76}	Centra zdrowia psychicznego we Włoszech, tzw. <i>Centro di Salute Mentale</i> (CSM), są finansowane ze środków publicznych. CSM stanowi pierwszy poziom referencyjny opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Odpowiada za koordynację wszystkich działań profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych oraz rehabilitacyjnych realizowanych na rzecz populacji z zaburzeniami psychicznymi na obszarze jego właściwości terytorialnej. Centrum funkcjonuje w oparciu o zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi co najmniej jeden lekarz psychiatra, psycholog, pracownik socjalny oraz pielęgniarka posiadająca kwalifikacje w zakresie opieki psychiatrycznej. W ramach CSM dostępne jest również wsparcie asystentów zdrowia (wł. <i>Esperto di Supporto tra Pari</i>, ESP), którzy uczestniczą w procesie opieki poprzez działania związane z pierwszym kontaktem, wsparciem indywidualnym oraz udziałem w pracach zespołu terapeutycznego i planowaniu interwencji. CSM prowadzi działalność w sposób aktywny zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, jak i środowiskowej (domowej), przez co najmniej 12 godzin dziennie, przez 6 dni w tygodniu.

⁷³ NHS England. (2026). *Mental Health/ 24/7 neighbourhood mental health centres*. Pozyskano z: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/24-7-neighbourhood-mental-health-centres/>, dostęp z 07.05.2026.

⁷⁴ NHS England. (2025). *Department of Health & Social Care. Policy paper: Fit for the future: 10 Year Health Plan for England*. Pozyskano z: <https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future/fit-for-the-future-10-year-health-plan-for-england-accessible-version#foreword-by-the-prime-minister>, dostęp z 07.05.2026.

⁷⁵ Ministero della Salute. (2024). *La rete dei servizi per la salute mentale*. Pozyskano z: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/la-rete-dei-servizi-la-salute-mentale/>, dostęp z 05.05.2026.

⁷⁶ NelPaese. (2023). *Salute mentale: chi sono gli Esperti di Supporto tra Pari (Esp)*. Pozyskano z: <https://www.nelpaese.it/notizie/approfondimenti/salute-mentale-chi-sono-gli-esperti-di-supporto-tra-pari-esp/>, dostęp z 05.05.2026.

Kraj/region, rok	Rozwiązania organizacyjne
Słowenia ^{77,78}	Centra zdrowia psychicznego (odrębne dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych) na Słowenii są finansowane ze środków publicznych w ramach Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego – MIRA. Centra działają w przychodniach zdrowia, na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Każde centrum odpowiada za obszar obejmujący kilka przychodni i obsługuje około 64 000 osób dorosłych. Zapewniają kompleksową środowiskową opiekę psychiatryczną oraz świadczenia ambulatoryjne, w tym triaż i konsultacje specjalistyczne. Osoby doświadczające trudności psychicznych mogą korzystać z konsultacji w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych bez wymogu posiadania skierowania. Pierwszy kontakt obejmuje konsultację z pielęgniarką oraz ustalenie terminu wizyty, po czym – we współpracy z zespołem wielodyscyplinarnym – opracowywany jest indywidualny plan wsparcia. W skład zespołu wielodyscyplinarnego wchodzi m.in. psychiatry, psychologowie, pielęgniarki oraz pracownicy socjalni.
Francja ⁷⁹	Centra medyczno-psychologiczne we Francji, tzw. <i>Les centres médico-psychologiques</i> (CMP), są finansowane ze środków publicznych. CMP jest pierwszym miejscem kontaktu dla określonej populacji lokalnej i nie wymaga posiadania skierowania. CMP koordynuje działania ambulatoryjne w ramach placówki (diagnostyka, leczenie, psychoterapia, wsparcie środowiskowe), w domach pacjentów lub u partnerów społecznych, edukacyjnych lub medyczno-społecznych. Wstępna ocena stopnia nasilenia objawów odbywa się z udziałem dyplomowanej pielęgniarki, osobiście lub telefonicznie. W praktyce za koordynowanie całego procesu opieki odpowiada jeden lub kilku lekarzy lub pielęgniarzy. Opiekę nad pacjentem sprawuje zespół dyscyplinarny składający się m.in. z lekarza psychiatry, pielęgniarki, psychologa i pracownika socjalnego.
Niemcy ^{80,81,82}	Zgodnie z dyrektywą KSVPsych, regionalne sieci odpowiedzialne za skoordynowaną i ustrukturyzowaną opiekę nad osobami dorosłymi cierpiącymi na poważne choroby psychiczne są finansowane ze środków publicznych. W tworzenie sieci zaangażowanych jest co najmniej dziesięciu lekarzy i psychoterapeutów. Pacjent może zwrócić się bezpośrednio do placówki należącej do sieci w celu umówienia się na wizytę wstępną lub zostać co niej skierowany przez lekarza lub psychoterapeutę. Oczekiwanie na wizytę nie powinno trwać dłużej niż 7 dni roboczych. Koordynacją oferty opieki dostosowanej do potrzeb pacjenta zajmuje się osoba posiadająca wykształcenie np. w zakresie socjoterapii, terapii zajęciowej lub pielęgniarstwa psychiatrycznego. Osoba ta wspiera pacjenta w korzystaniu z poszczególnych form terapii. Obejmuje to również umawianie wizyt oraz indywidualny system monitorowania, który pomaga w dotrzymywaniu terminów. Zespół terapeutyczny musi obejmować co najmniej jednego dodatkowego terapeutę lub lekarza, a jego członkowie są zobowiązani do prowadzenia wspólnej dokumentacji medycznej. Świadczeniodawcy otrzymują dodatkowe finansowanie za koordynację leczenia, a program ma na celu poprawę koordynacji opieki w systemie ambulatoryjnym. Poza świadczeniami udzielanymi obecnie w ramach dyrektywy KSVPsych, w latach 2017-2021 w obszarze metropolitalnym Hamburga realizowano pilotażowy projekt RECOVER, finansowany przez Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Celem projektu było zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi łatwo dostępnego punktu kontaktowego, pozwalającego ocenić ich potrzeby terapeutyczne oraz kierującego do odpowiednich form pomocy w zależności od stopnia nasilenia zaburzeń. Model obejmował rozwiązania oparte na cyfrowych narzędziach i komponentach (np. terapia online) dla przypadków łagodnych oraz opiekę szpitalną dla przypadków ciężkich, integrując w miarę możliwości leczenie środowiskowe i terapeutyczne w terenie, aby zapobiegać hospitalizacjom. W 2023 r., G-BA nie zaleciło wdrożenia projektu do rutynowej praktyki klinicznej ze względu na brak istotnych statystycznie wyników z perspektywy pacjenta, mimo obserwowanych jedynie niewielkich pozytywnych tendencji, oraz fakt, że główne założenia projektu zostały już uwzględnione w obowiązującej dyrektywie KSVPsych.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

7.3. Podsumowanie

Ośrodki lub sieci regionalne pełniące funkcje centrów zdrowia psychicznego są finansowane ze środków publicznych w następujących krajach: Australia, Czechy, Dania, Francja, Litwa, Niemcy, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy. W Wielkiej Brytanii ośrodki zdrowia psychicznego funkcjonują w ramach programów pilotażowych. Na Słowacji prowadzone są

⁷⁷ Republika Slovenija Ministerstvo Za Zdravje, Nacionalni Inštitut za javno zdravje. (2019). Nacionalni program duševnega zdravja. Pozyskano z: https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/05/Mira-resolucija-SLO_splet_2019_elektronska-izdaja.pdf, dostęp z 06.05.2026.

⁷⁸ MIRA Nacionalni Program Duševnega Zdravja. (2026). Centri za duševno zdravje odraslih. Pozyskano z: <https://www.zadusevnozdravje.si/kam-po-pomoc/centri-za-dusevno-zdravje/odrasli/>, dostęp z 06.05.2026.

⁷⁹ Emmanuelli, J., Dupays, S. (2020). Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. Pozyskano z: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/278693.pdf>, dostęp z 06.05.2026.

⁸⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss. (2022). Complex care: Coordinated care for severely mentally ill adults. <https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/komplexversorgung-koordinierte-versorgung-schwer-psychisch-erkrankter/>, dostęp z 07.05.2026

⁸¹ Wiegand, H.F. et al. (2025). Mental health services in Germany – Structures, outcomes and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 37, 253-270. doi:10.1080/09540261.2025.2479601.

⁸² Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023). Neue Versorgungsformen RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. Pozyskano z: [RECOVER – Model of Cross-Sectorally Coordinated, Severity-Graded, Evidence-Based Care for Mental Illnesses - G-BA Innovation Fund](https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/komplexversorgung-koordinierte-versorgung-schwer-psychisch-erkrankter/), dostęp z 07.05.2026.

obecnie reformy zmierzające do utworzenia sieci centrów psychospołecznych. W Szwecji prowadzone są prace nad reformą systemu opieki nad zdrowiem psychicznym, ukierunkowane na rozwój zintegrowanego i zorientowanego na potrzeby pacjenta modelu, zakładającego wzmocnienie opieki podstawowej.

Przegląd rozwiązań dotyczących funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego w wyżej wymienionych krajach wskazuje na wyraźne **ukierunkowane modeli organizacyjnych na opiekę środowiskową, zintegrowaną i skoordynowaną**. Analizowane rozwiązania zakładają **stopniowe ograniczanie roli opieki szpitalnej** na rzecz wsparcia udzielanego bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, przy jednoczesnym zachowaniu powiązania z leczeniem specjalistycznym i szpitalnym. Ośrodki lub sieci regionalne pełniące funkcje centrów zdrowia psychicznego stanowią najczęściej pierwszy lub łatwo dostępny punkt kontaktu, zapewniając ciągłość opieki poprzez udzielanie świadczeń z zakresu diagnostyki, leczenia, wsparcia kryzysowego, rehabilitacji oraz koordynację dalszego procesu terapeutycznego pacjenta.

Ośrodki lub sieci regionalne pełniące funkcje centrów zdrowia psychicznego udzielają pomocy osobom dorosłym doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym (Australia, Dania, Francja, Litwa, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy) lub osobom cierpiącym na poważne choroby psychiczne (Niemcy). We wszystkich analizowanych krajach, w których funkcjonują podmioty pełniące funkcję centrów zdrowia psychicznego, **dostęp do tych świadczeń nie wymaga skierowania**, z wyjątkiem Danii.

Za **koordynację procesu leczenia może odpowiadać jedna osoba** (Australia, Dania, Niemcy), od jednego do kilku lekarzy lub pielęgniarek (Francja) albo **zespół wielodyscyplinarny** (Słowenia, Włochy). Zespół sprawujący opiekę nad pacjentem w ramach ośrodków lub sieci regionalnych pełniących funkcje centrów zdrowia psychicznego składa się ze specjalistów z różnych dziedzin, m.in. lekarzy i psychologów (Australia, Czechy, Dania, Francja, Litwa, Niemcy, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy), pielęgniarek i pracowników socjalnych (Australia, Czechy, Dania, Francja, Litwa, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy) oraz asystentów zdrowienia (Australia, Dania, Wielka Brytania, Włochy). Koordynacją opieki dostosowanej do potrzeb pacjenta w Niemczech zajmuje się osoba posiadająca wykształcenie np. w zakresie socjoterapii, terapii zajęciowej lub pielęgniarstwa psychiatrycznego. **Rolą asystenta zdrowienia** (lub tzw. mentora ds. powrotu do zdrowia), jako osoby z własnym doświadczeniem kryzysu psychicznego, jest wspieranie pacjentów, pomaganie w komunikacji pomiędzy pacjentem a pracownikami systemu ochrony zdrowia, motywowanie i towarzyszenie w procesie zdrowienia – asystent zdrowienia pełni funkcję wzorca do naśladowania, pokazując, że odzyskanie zdrowia psychicznego jest możliwe.

W Niemczech, Danii i Czechach określono **minimalne wymagania dotyczące personelu**. W Niemczech w utworzenie regionalnej sieci odpowiedzialnych za skoordynowaną i ustrukturyzowaną opiekę nad osobami dorosłymi cierpiącymi na poważne choroby psychiczne zaangażowanych jest co najmniej dziesięciu lekarzy i psychoterapeutów. W Danii interdyscyplinarny zespół opieki psychiatrycznej składa się z następujących specjalistów: koordynatora, psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego, 6-7 osób kontaktowych (pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, z których niektórzy mają zrealizowane specjalistyczne szkolenie psychiatryczne), mentora (asystenta) ds. zdrowienia oraz doradcy ds. zatrudnienia/edukacji. W Czechach minimalne wymagania kadrowe dla centrów zdrowia psychicznego dla osób dorosłych są zróżnicowane w zależności od profilu ośrodka (dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, seniorów, osób z zaburzeniami uzależnień oraz osób objętych przymusowym leczeniem ochronnym) i obejmują zawsze udział lekarza psychiatry oraz innych specjalistów, takich jak psycholog kliniczny, pielęgniarka psychiatryczna, a w niektórych przypadkach geriatra lub specjalista ds. uzależnień, przy określonych minimalnych wymiarach etatowych.

Różnice między krajami dotyczą stopnia formalizacji modelu organizacji ośrodków lub sieci pełniących zadania centrów zdrowia psychicznego, zakresu ich integracji z pomocą społeczną oraz etapu wdrożenia reform, jednak ogólny kierunek zmian pozostaje zbieżny.

Tabela 9. Porównanie wymagań dotyczących personelu centrum zdrowia psychicznego określonych w Opisie zakresu świadczenia CZP vs. funkcjonujących w innych krajach

Rola / personel	Wnioskowane świadczenie CZP ^a	Australia	Czechy ^b	Dania	Litwa	Wielka Brytania	Włochy	Słowenia	Francja	Niemcy
PERSONEL MEDYCZNY										
Lekarz psychiatra	5,0	?	?(0,2-1)	?(1 os.)	?	?	?	?	?	?
Pielęgniarka psychiatryczna	3,0	?	?(0,2-1)	?	?	?	?	?	?	?
PERSONEL TERAPEUTYCZNY										
Psycholog	5,0 (w tym min. 0,5 specjalisty klinicznego)	?	?(0,2-1)	?	?	?	?	?	?	?
Psychoterapeuta	5,0	?	?(0,2)	?	?	?	?	?	?	?
PERSONEL ŚRODOWISKOWY I WSPARCIA										
Terapeuta środowiskowy	2,0	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Psycholog lub pielęgniarka – PZK	2,5	?	?	?(6-7 os.)	?	?	?	?	?	?
Asystent zdrowienia	1,0	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Koordynator opieki	5,0	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Pracownik socjalny	?	?	? ^d	?	?	?	?	?	?	? ^c
Doradca ds. zatrudnienia/edukacji	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

^a liczba etatów w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców z obszaru działania CZP^b w nawiasie wskazano liczbę etatów; liczba etatów zależy od obszaru działalności centrum zdrowia psychicznego^c sieć placówek musi wykazać, na podstawie umów o współpracy, współpracę z co najmniej jedną placówką stacjonarną oraz co najmniej jedną osobą wykonującą zawód z następujących dziedzin opieki zdrowotnej: ergoterapia, socjoterapia, psychiatryczna opieka domowa.^d zapisy ustawy o opiece zdrowotnej wskazują, że świadczeniodawca zakładający centrum zdrowia psychicznego musi świadczyć usługi społeczne w ramach własnej jednostki lub na podstawie umowy z podmiotem współpracującym

8. Opinie ekspertów klinicznych

8.1. Informacje ogólne

Opinie ekspertów klinicznych przedstawione w niniejszym rozdziale zostały przygotowane bezpłatnie, zgodnie z aktualnymi przepisami dotyczącymi wykonywania oceny technologii medycznych przez Agencję na zlecenie Ministra Zdrowia. W ramach prowadzonych prac wystąpiono do 6 ekspertów z prośbą o ocenę zasadności wprowadzenia wnioskowanego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego:

- prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii,
- dr n. med. Andrzej Depko – Konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii,
- dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego,
- prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk – Konsultant krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej,
- dr n. med. Łukasz Müldner-Nieckowski – Konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii,
- dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Opinię otrzymano od następujących ekspertów: prof. dr hab. Piotr Gałęcki, dr n. med. Nadzieja Sołowiej, dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała.

8.2. Podsumowanie opinii ekspertów

Otrzymano opinie od 3 ekspertów klinicznych: Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień (szczegóły w O). Konsultanci krajowi w dziedzinie psychiatrii oraz pielęgniarstwa psychiatrycznego wskazali na zasadność finansowania ze środków publicznych wnioskowanego świadczenia Centrum Zdrowia Psychicznego, jako główny argument wskazując, iż model środowiskowy opieki psychiatrycznej odpowiada na kluczowe potrzeby systemowej psychiatrii dorosłych takie jak terytorialna odpowiedzialność za populację, kompleksowość i ciągłość opieki oraz powiązanie świadczeń środowiskowych, dziennych, stacjonarnych i ambulatoryjnych. Konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień wyraziła negatywną opinię do propozycji finansowania świadczenia w zaproponowanym zakresie zwracając uwagę na następujące aspekty: finansowanie powinno uwzględniać nasilenie problemów zdrowotnych oraz współistniejące zaburzenia, ponieważ skutkuje to różnymi kosztami leczenia jednego pacjenta; brak uwzględnienia w wymaganiach kadrowych CZP specjalistów psychoterapii uzależnień, pomimo objęcia opieką pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 F10–F19; niewystarczającą liczbę sesji przeznaczonych na diagnozę psychologiczną w stosunku do zakresu zadań.

Eksperci zgodnie wskazali, iż środowiskowy model opieki psychiatrycznej znajduje potwierdzenie w wytycznych klinicznych oraz rozwiązaniach organizacyjnych wdrożonych w innych krajach. Wśród szczególnych grup pacjentów, którzy mogą odnieść największą korzyść z wprowadzenia modelu opieki opartego o CZP eksperci wymieniają pacjentów wymagających zintegrowanej opieki, w tym opieki długoterminowej, wsparcia środowiskowego i pracy z rodziną, pacjentów z ograniczoną adherencją, wymagających stałego motywowania do leczenia oraz pacjentów po hospitalizacji psychiatrycznej, wymagających kontynuacji leczenia oraz zapobiegania nawrotom. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii wymienił rozpoznania w przypadku których model CZP może przynieść szczególne korzyści: zaburzenia psychotyczne, choroba afektywna dwubiegunowa i nawracającymi zaburzenia depresyjne oraz zwrócił szczególną uwagę na pacjentów z trudnościami terapeutycznymi, lekoopornością, niejasnym obrazem klinicznym lub potrzebą rzadziej dostępnych interwencji. Eksperci podkreślili także, że istotne korzyści z wdrożenia CZP mogą odnieść pacjenci z wielochorobowością somatyczną i współistniejącymi zaburzeniami.

Jako problemy systemowe, organizacyjne i finansowe dotyczące opieki nad pacjentami wymagającymi opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień eksperci wymienili m.in. fragmentację opieki i brak jednoznacznej odpowiedzialności terytorialnej za pacjenta, długie oczekiwanie na konsultację specjalistyczną, niedobory kadrowe, przeciążenie oddziałów psychiatrycznych całodobowych, niewystarczającą dostępność leczenia środowiskowego, niedostateczną koordynację leczenia z podstawową opieką zdrowotną, systemem leczenia uzależnień, pomocą społeczną i rodziną pacjenta.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii w swojej opinii wskazał, iż CZP powinno funkcjonować jako podstawowy element specjalistycznej opieki psychiatrycznej, jednak nie powinno być traktowane jako jedyne zabezpieczenie zdrowia psychicznego w systemie, ani prowadzić do osłabienia psychiatrii wysokospecjalistycznej. Dodatkowo ekspert podkreślił istotność wprowadzenia obowiązku monitorowania jakości, dostępności i efektów leczenia.

9. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

9.1. Opinia Prezesa NFZ

Pismem z dnia 11 maja 2026 r. (znak: NFZ-DSOZ-SOPiLU.4010.4.2026 2026.236354.CANP) Prezes NFZ przekazał do AOTMiT opinię dotyczącą skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w przypadku zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia.

W opinii Prezes NFZ wskazał, że wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

Jednocześnie, jak podkreśla Prezes NFZ, wartość środków finansowych jakie NFZ może przeznaczyć w planie finansowym na dany rok na koszty świadczeń opieki zdrowotnej (w tym na koszty opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dalej OPILU) wynika z wartości prognozowanych przychodów Funduszu, w tym w szczególności z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne będących pochodną podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wymiaru tej składki, a także środków z dotacji podmiotowej lub środków z funduszy celowych.

Wartości środków zaplanowanych na finansowanie kosztów OPILU w planie finansowym NFZ na 2026 r. oraz w prognozie kosztów NFZ na lata 2026–2028 przedstawia tabela poniżej:

Tabela 10. Wartość środków zaplanowanych na finansowanie kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w planie finansowym NFZ na 2026 r. oraz w prognozie kosztów NFZ na lata 2026–2028

Pozycja	Wyszczególnienie	Pierwotny plan finansowy na 2026 po rozwiązaniu rezerwy migracyjnej	Obecny plan finansowy na 2026	Prognoza na 2027 po rozwiązaniu rezerwy migracyjnej	Prognoza na 2028 po rozwiązaniu rezerwy migracyjnej
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7 971 429 tys. zł	7 412 163 tys. zł	8 198 909 tys. zł	8 631 355 tys. zł
B2.21.1	koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego	0 zł	1 444 166 zł	0 zł	0 zł
	RAZEM:	7 971 429 zł	8 856 329 zł	8 198 909 zł	8 631 355 zł

[Źródło: Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia]

Jednocześnie Prezes NFZ informuje, że zgodnie z danymi przekazanymi przez OW NFZ szacowana wartość umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na 2026 r. wynosi **2 667 807 tys. zł**, co oznacza **konieczność uzupełnienia środków** w pozycji B2.21.1 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego planu finansowego NFZ na 2026 r. o **1 223 641 tys. zł**.

Jak podkreśla Prezes NFZ wprowadzenie od 1.01.2027 r. do finansowania ze środków NFZ świadczenia gwarantowanego realizowanego w Centrum Zdrowia Psychicznego w miejsce programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wymagać będzie uwzględnienia dodatkowych kosztów nowej regulacji przy ustalaniu struktury planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w prognozie kosztów NFZ na lata 2027-2029 oraz w projekcie planu finansowego NFZ na 2027 r.

Ponadto, Prezes NFZ zwraca uwagę, że w okresie przejściowym po wprowadzeniu do finansowania wnioskowanego świadczenia **wystąpią różnice pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ w wysokości środków przeznaczanych na koszty opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w stosunku do wysokości środków przeznaczanych na pozostałe koszty świadczeń opieki zdrowotnej**. Powyższe wynika z faktu, że zgodnie z art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e tiret pierwsze ustawy o świadczeniach koszty realizacji programów pilotażowych finansowane są w ramach środków zabezpieczonych w planie finansowym centrali na dany rok i w związku z tym aktualne, nierównomierne rozmieszczenie CZP na terenie kraju nie ma wpływu na obciążenie budżetów poszczególnych OW NFZ. Z kolei koszty

OPIŁU wraz z kosztami nowego świadczenia gwarantowanego finansowane będą w ramach środków zabezpieczonych na w planach poszczególnych OW NFZ, dzielonych zgodnie z algorytmem (określonym w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach), który nie uwzględnia rozmieszczenia na terenie kraju obecnie funkcjonujących centrów zdrowia psychicznego.

Podsumowując, Prezes NFZ wskazuje, że **całkowity koszt wdrożenia nowego świadczenia gwarantowanego realizowanego w Centrum Zdrowia Psychicznego** w okresie 3 lat wyniesie łącznie **1,34 mld zł**, zgodnie z oszacowaniami wskazanymi w tabeli poniżej.

Tabela 11. Koszty wdrożenia nowego świadczenia gwarantowanego realizowanego w Centrum Zdrowia Psychicznego

Kategoria	wartość środków w danym roku (w mld zł)	wysokość dodatkowych środków niezbędna do zabezpieczenia w planie NFZ w stosunku do roku poprzedniego (w mld zł)
stan obecny	3,95	-
2027 r.	5,03	1,08
2028 r.	4,80	-
2029 r.	5,06	0,26
dodatkowe środki konieczne do zabezpieczenia w całym okresie wdrażania:		1,34

Uwagi Prezesa NFZ do treści opisu zakresu świadczenia przekazane wraz z opinią zostały przedstawione w rozdziale 5.

9.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

9.2.1. Metodyka analizy

Analiza dotyczy konsekwencji finansowych z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) w przypadku wprowadzenia zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 383) dotyczących finansowania świadczenia opieki zdrowotnej: Centrum Zdrowia Psychicznego jako świadczenia gwarantowanego.

Przedstawione w niniejszej analizie konsekwencje finansowe wprowadzenia proponowanych zmian stanowią koszt inkrementalny, czyli różnicę w kosztach pomiędzy scenariuszem „nowym” a „istniejącym”. W analizie wpływu na budżet płatnika (ang. *Budget Impact Analysis*, BIA) zastosowano podejście przyjęte w obowiązujących Wytycznych AOTMiT⁸³, zgodnie z którym analiza przedstawia przepływ środków finansowych w czasie, a przedstawiane koszty nie są dyskontowane. Analiza oceny konsekwencji finansowych została przeprowadzona w 3-letnim horyzoncie czasowym (lata 2027–2029). Dane kosztowe odzwierciedlają szacunkowe koszty poniesione przez płatnika publicznego związane z udzielaniem świadczeń uwzględnionych w analizie.

Scenariusz „istniejący” – przedstawia szacowane koszty NFZ w perspektywie 3-letniej związane z diagnostyką i leczeniem psychiatrycznym dorosłych pacjentów na dotychczasowych zasadach. Scenariusz istniejący odnosi się do kosztów świadczeń psychiatrycznych udzielanych pacjentom w ramach programu pilotażowego CZP, jak i w ramach umów zawartych z NFZ w zakresach tożsamy.

Scenariusz „nowy” – przedstawia szacowane koszty NFZ w perspektywie 3-letniej związane z objęciem finansowaniem ze środków publicznych analizowanego świadczenia tj. Centrum Zdrowia Psychicznego. Scenariusz „nowy” tym samym obejmuje szacowane koszty świadczeń psychiatrycznych udzielanych w ramach nowego modelu opieki środowiskowej realizowanych w Centrach Zdrowia Psychicznego w całym kraju.

Koszt inkrementalny – Koszt inkrementalny objęcia finansowaniem wnioskowanego świadczenia stanowi różnicę pomiędzy kosztem scenariusza „nowego” a scenariusza „istniejącego”. Koszt inkrementalny stanowi dodatkowy wydatek

⁸³ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2016). Wytyczne oceny technologii medycznych. Wersja 3.0. Pozyskano z: https://www.aotm.gov.pl/wp-content/uploads/2020/07/20160913_Wytyczne_AOTMiT-1.pdf, dostęp 11.05.2026 r.

wynikający z objęcia pozostałej części populacji modelem CZP oraz zmiany struktury finansowania świadczeń psychiatrycznych.

Oszacowania kosztów w ramach analizy wpływu na budżet płatnika dokonano przy uwzględnieniu najbardziej prawdopodobnych wartości parametrów wejściowych.

Prezentowane wyniki stanowią oszacowania wstępne w ramach procesu kwalifikacji przedmiotowego świadczenia. Wprowadzenie wnioskowanego świadczenia będzie wymagało przeprowadzenia pełnej wyceny, tj. przeliczenie modelu w oparciu o aktualne i kompletne dane.

9.2.2. Założenia analizy

W oszacowaniu skutków finansowych przyjęto założenia przedstawione w Opisie zakresu świadczenia stanowiącym załącznik do pisma z dnia 22 kwietnia 2026 r. (znak: DLGT.0210.5.2025.AM):

- Finansowanie wnioskowanego świadczenia oparte będzie o funkcjonowanie ryczałtu trójskładnikowego (proponowanego w wyniku prac Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego) przy czym wartość finansowania CZP pozostanie na poziomie nie niższym od obecnie funkcjonującego w ramach pilotażu.
- W pierwszym roku okresu przejściowego modelem CZP objęte zostanie ok. 15% populacji pozostającej dotychczas poza pilotażem, w drugim roku proces obejmowania populacji również obejmie 15% populacji, zaś w trzecim roku proces obejmowania populacji zostanie zakończony poprzez włączenie pozostałych ok. 21% populacji.
- Obecnie nakłady na pilotaż CZP wynoszą ok. 2,39 mld zł rocznie, zaś nakłady na świadczenia udzielane na zasadach ogólnych ok. 1,56 mld zł (łącznie 3,95 mld zł).
- Szacowana populacja dla wnioskowanego świadczenia wynosi około 30 mln dorosłych osób w kraju (dotyczy oszacowania kwoty ryczałtu wyliczanego na populację mieszkańców).
- Przyjęte założenie, że prezentowane wyniki kosztowe mają charakter wstępny (preliminarny) i wymagają weryfikacji w ramach pełnego procesu wyceny świadczeń.

Dodatkowe założenia analizy przyjęto, jak następuje:

- W scenariuszu „istniejącym” przyjęto założenie, w którym w latach analizy (2027–2029) koszty leczenia pacjentów nie wzrastają – populacja objęta opieką CZP i populacja pacjentów objętych opieką na zasadach ogólnych jest taka sama.
- W ramach oszacowania kosztów leczenia stacjonarnego przyjęto założenie zgodne z ustaleniami zespołu ds. reformy CZP z 2025 r., zgodnie z którymi liczba łóżek ogólnopsychiatrycznych będzie zmniejszana etapowo – z poziomu 33 łóżek na 100 tys. mieszkańców w pierwszym roku, do 28 łóżek w roku drugim oraz 25 łóżek w roku trzecim – co odzwierciedla kierunek zmian polegający na stopniowym ograniczaniu roli opieki stacjonarnej na rzecz świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych.
- W oszacowaniach uwzględniono również założenia dotyczące stopniowego wzrostu kosztu osobodnia pobytu w oddziale ogólnopsychiatrycznym.

9.2.3. Wyniki analizy

Oszacowania kosztów w scenariuszu „nowym” oraz „istniejącym” dokonano zgodnie z przyjętymi w analizie założeniami (patrz powyżej).

Koszty w scenariuszu „istniejącym”

Koszty scenariusza „istniejącego” przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 12. Koszty leczenia pacjentów w latach 2027–2029 – scenariusz „istniejący”

Kategoria kosztów		2027	2028	2029
Koszty leczenia w ramach pilotażu CZP		2,39 mld zł	2,39 mld zł	2,39 mld zł
Koszty leczenia na zasadach ogólnych	Leczenie szpitalne	1,05 mld zł	1,05 mld zł	1,05 mld zł
	Leczenie ambulatoryjne	0,52 mld zł	0,52 mld zł	0,52 mld zł
Łącznie		3,95 mld zł	3,95 mld zł	3,95 mld zł

[Źródło: „Opis zakresu świadczenia”]

Koszty w scenariuszu „nowym”

Koszty w scenariuszu „nowym” zostały oszacowane w oparciu o najbardziej prawdopodobne wartości przyjętych parametrów. Z uwagi na stopień złożoności modelu (wielkość zmiennych) oraz powiązanie finansowania CZP z finansowaniem świadczeń realizowanych poza obszarem centrów, przedstawione wyniki mają charakter wstępny i wymagają ponownego przeliczenia z uwzględnieniem parametrów odnoszących się do wdrażanych zmian w szerszym obszarze systemu opieki zdrowotnej.

Prognozowane koszty wdrożenia CZP zostały oszacowane na podstawie cen jednostek rozliczeniowych obowiązujących do dnia 30 czerwca 2026 r. Jednocześnie należy podkreślić, że rzeczywiste koszty leczenia, w szczególności ambulatoryjnego w ramach CZP, będą w istotnym stopniu uzależnione od stopnia gotowości nowych świadczeniodawców do wdrożenia tego modelu od 2027 r., który w praktyce może przebiegać wolniej niż przyjęto w założeniach analitycznych. W konsekwencji tempo zawierania umów przez nowych świadczeniodawców może być niższe niż zakładane na 2027 r., co może skutkować niższym poziomem kosztów w pierwszym roku funkcjonowania modelu w porównaniu z oszacowaniami przyjętymi w scenariuszu „nowym”.

Koszty scenariusza „nowego” przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 13. Koszty leczenia pacjentów w latach 2027–2029 – scenariusz „nowy”

Kategoria kosztów		2027	2028	2029
Koszty leczenia na zasadach ogólnych	Leczenie szpitalne	5,03 mld zł*	4,80 mld zł**	5,06 mld zł
	Leczenie ambulatoryjne			
Koszty leczenia ambulatoryjnego w ramach CZP				
Koszty leczenia szpitalnego				

[Źródło: Oszacowanie własne AOTMiT]

* – Prognozowane koszty związane z wdrożeniem CZP do systemu opieki zdrowotnej zostały oszacowane w oparciu o ceny jednostek rozliczeniowych obowiązujące do dnia 31.06.2026 r. Jednocześnie rzeczywiste koszty leczenia ambulatoryjnego w ramach CZP będą w istotnym stopniu uzależnione od stopnia gotowości nowych świadczeniodawców do wdrożenia tego modelu od 2027 r., który w praktyce może przebiegać wolniej niż przyjęto w założeniach analitycznych.

** – Prognozowany spadek kosztów leczenia wynika z przyjętych założeń dotyczących stopniowego ograniczania liczby łóżek ogólnopsychiatrycznych.

Koszty inkrementalne

Koszt inkrementalny, czyli konsekwencje finansowe wprowadzenia proponowanych zmian, stanowiące różnicę w kosztach pomiędzy scenariuszem „nowym” a „istniejącym” jest dodatni (szacowane koszty w scenariuszu „nowym” są wyższe niż szacowane koszty w scenariuszu „istniejącym”) przy czym nie wzrastają w czasie trwania analizy. Koszty inkrementalne w ujęciu rocznym przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 14. Koszty inkrementalne w latach 2027–2029

	2027	2028	2029
Koszty w scenariuszu „istniejącym”	3,95 mld zł	3,95 mld zł	3,95 mld zł
Koszty w scenariuszu „nowym”	5,03 mld zł	4,80 mld zł	5,06 mld zł
Koszty inkrementalne	1,08 mld zł	0,84 mld zł	1,11 mld zł

[Źródło: Oszacowanie własne AOTMiT]

Wprowadzenie ocenianych zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego (NFZ) we wszystkich latach analizy. Koszty inkrementalne w latach 2027–2029 wynoszą odpowiednio:

- w pierwszym roku analizy (2027) – 1,08 mld;
- w drugim roku analizy (2028) – 0,84 mld;
- w trzecim roku analizy (2029) – 1,11 mld.

9.2.4. Ograniczenia analizy

- Analiza została przeprowadzona w oparciu o niepełne dane w wybranych zakresach, co wymagało zastosowania założeń upraszczających oraz elementów modelowania symulacyjnego. W konsekwencji część wyników ma charakter przybliżony i powinna być interpretowana jako orientacyjna.
- Zidentyfikowane rozbieżności pomiędzy populacją rzeczywistą a danymi demograficznymi dostępnymi w statystyce publicznej (GUS za 2024 r.), które, mimo wysokiego poziomu szczegółowości, mogą nie w pełni odzwierciedlać aktualne rozmieszczenie i strukturę populacji objętej opieką CZP.
- W przeprowadzonych oszacowaniach nie analizowano wariantów uwzględniających dane dotyczące gotowości świadczeniodawców do uruchomienia CZP. Faktyczna gotowość świadczeniodawców do wdrożenia CZP, w poszczególnych latach analizy, może być wolniejsza niż przyjęta w założeniach.
- Podział kosztów pomiędzy podmioty obecnie funkcjonujące w ramach CZP oraz podmioty „nowo utworzone” został oszacowany w oparciu o aktualny podział populacji objętej opieką Centrów Zdrowia Psychicznego. Zastosowane podejście ma charakter przybliżony i odzwierciedla stan aktualny, a nie docelowy model organizacyjny systemu.

Ograniczenie to dotyczy przede wszystkim alokacji kosztów pomiędzy podmioty, a nie ich łącznego poziomu. Powyższe wynika z ograniczeń w zakresie dostępności i jakości danych (w obszarach objętych pilotażem świadczenia realizowane są równolegle przez CZP oraz inne podmioty, które po zakończeniu pilotażu nie będą funkcjonować w tym samym układzie organizacyjnym. Dodatkowo pacjenci korzystają ze świadczeń zarówno w centrach właściwych dla miejsca zamieszkania, jak i poza nimi, co uniemożliwia jednoznaczne przypisanie populacji leczonej obecnie poza CZP do docelowych podmiotów realizujących opiekę po zakończeniu pilotażu.

10. Podsumowanie i kluczowe wnioski

- Zmiana systemowa w obszarze opieki psychiatrycznej realizowana w Polsce od 2018 r. opiera się przede wszystkim na deinstytucjonalizacji psychiatrii (odejściu od opieki stacjonarnej w kierunku środowiskowej), poprawie dostępu i ciągłości opieki, skoordynowaniu opieki nad pacjentem oraz integracji świadczeń w modelu środowiskowym.
- Podstawą wdrażanego modelu są Centra Zdrowia Psychicznego (CZP), które zostały utworzone w ramach programu pilotażowego trwającego od 1 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2026 r.
- CZP zapewniają kompleksową opiekę psychiatryczną dla dorosłych: ambulatoryjną (poradnie, psychoterapia), dzienną, środowiskową (wizyty domowe) oraz stacjonarną. Dodatkową wartością w ramach nowego świadczenia CZP, wypracowanego w trakcie pilotażu, stanowi m.in. wsparcie kryzysowe realizowane w punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych, działania profilaktyczne i edukacyjne oraz koordynacja procesu leczenia.
- Proponowany model zakłada odpowiedzialność terytorialną świadczeniodawcy tj. centrum odpowiada za populację danego obszaru. Jednocześnie zasada ta nie wyklucza możliwości udzielania świadczeń osobom spoza danego obszaru. W celu uzyskania pomocy w CZP pacjent nie musi posiadać skierowania. Aktualnie w programie pilotażowym działają dwa modele: CZP typu A, którego działalność obejmuje pełen zakres świadczeń psychiatrycznych – w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego CZP znajduje się oddział psychiatryczny. Natomiast CZP typu B nie posiada w ramach struktury własnej opieki stacjonarnej, natomiast zobowiązane jest do zapewnienia opieki szpitalnej w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kontraktowanych na warunkach ogólnych przez NFZ.
- Aktualnie 117 świadczeniodawców posiada podpisane umowy z NFZ realizując program pilotażowy i obejmując opieką 51% populacji osób dorosłych. W latach 2018–2025 wydatkowane środki na program pilotażowy sięgały 8,93 mld zł.
- Model finansowania przyjęty w programie pilotażowym opiera się na budżecie populacyjnym, tj. finansowaniu uzależnionym od liczby mieszkańców danego obszaru. Struktura źródeł finansowania CZP w 2024 r. obejmowała przede wszystkim środki z budżetów populacyjnych przypisanych do populacji objętej pilotażem (75,6%), a także środki związane z realizacją świadczeń na rzecz pacjentów spoza obszarów działania centrum oraz świadczeniami z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (łącznie 24,1%).
- Realizowany program pilotażowy oraz proponowane świadczenie jest zbliżone z modelami organizacji ośrodków lub sieci pełniących zadania centrów zdrowia psychicznego w wielu krajach europejskich. Ośrodki lub sieci regionalne pełniące funkcje centrów zdrowia psychicznego są finansowane ze środków publicznych m. in. w Australii, Czechach, Danii, Francji, Litwie, Niemczech, Słowenii, Wielkiej Brytanii, Włoszech. Przegląd rozwiązań dotyczących funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego w wyżej wymienionych krajach wskazuje na wyraźne ukierunkowane modeli organizacyjnych na opiekę środowiskową, zintegrowaną i skoordynowaną. Analizowane rozwiązania zakładają stopniowe ograniczanie roli opieki szpitalnej na rzecz wsparcia udzielanego bliżej miejsca zamieszkania pacjenta. W większości krajów zakłada się koordynację procesu, tworzenie zespołu interdyscyplinarnego, włączanie asystenta (mentora) zdrowienia, pierwszy lub łatwo dostępny punkt kontaktu, zapewniając ciągłość opieki.
- Dwóch ekspertów wskazuje na zasadność finansowania proponowanego świadczenia ze środków publicznych wskazując, że proponowany model odpowiada na kluczowe potrzeby systemowe psychiatrii dorosłych. CZP powinno stanowić podstawowy element specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla populacji danego obszaru, ale nie powinno być traktowane jako jedyne zabezpieczenie zdrowia psychicznego w systemie. KK w dziedzinie psychoterapii uzależnień wyraziła negatywną opinię wskazując na brakujące elementy w proponowanym opisie świadczenia.
- Narodowy Fundusz Zdrowia zgłosił uwagi do opisu projektowanego świadczenia, wskazując na konieczność doprecyzowania definicji ról (koordynator opieki, asystent zdrowienia), modyfikacji struktury zatrudnienia oraz zmian w organizacji CZP, w tym zwiększenia liczby miejsc w opiece dziennej. Podniesiono również potrzebę doprecyzowania definicji świadczeń jednostkowych, w szczególności w zakresie określenia miejsca ich udzielania.
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje, że całkowity koszt inkrementalny wdrożenia proponowanego świadczenia w okresie 2027–2029 wyniesie łącznie ok. 1,34 mld zł. Wdrażane modelu skutkować będzie

koniecznością uwzględnienia zmian w prognozie kosztów NFZ na lata 2027-2029 oraz w projekcie planu finansowego NFZ na 2027 r.

- Wprowadzenie wnioskowanego świadczenia wymaga przeprowadzenia pełnego procesu wyceny, w tym weryfikacji i aktualizacji modelu kosztowego na podstawie kompletnych i aktualnych danych.

11. Piśmiennictwo

Akty prawne	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 852)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2025 r. (Dz. U. poz. 1626).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1626).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 1285)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 r. poz. 1285).
Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 458)	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).
Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2024 r. (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 123).	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 123).
Problem zdrowotny	
American Psychiatric Association 2022	American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787 .
Kurbatfinski 2025	Kurbatfinski, S. ; Letourneau, N. ; Dewey, D. ; & Dosani, A. (2025). Applying Different Frameworks to Understand the Etiology of Mental Health Conditions: A Narrative Review, <i>Psychiatry Int.</i> 6, 65. https://doi.org/10.3390/psychiatryint6020065 .
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH 2025	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH. (2025). Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Pozyskano z: https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/do-pobrania , dostęp z 30.04.2026.
Reed 2019	Reed G. M., First M. B., Kogan C. S. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders, <i>World Psychiatry</i> 18(3), 3-19. doi: 10.1002/wps.20611.
Saroca 2022	Saroca K., Saragent J. (2022). Understanding Families as Essential in Psychiatric Practice, <i>Focus</i> 20, 204-209. doi: 10.1176/appi.focus.20210035.
Skiba 2021	Skiba, W., Siwicki, D. (2021). Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej. Doi: 10.34616/142656.
Wciórka 2021	Wciórka, J. (2021). EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc). Pozyskano z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf , dostęp z 30.04.2026 r.
WHO 2018	World Health Organization (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Pozyskano z: https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155038-3 , dostęp z: 30.04.2026.
WHO 2021	World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health service networks: Promoting person-centred and rights-based approaches. Pozyskano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844 , dostęp z 30.04.2026.
WHO 2022	World Health Organization (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
WHO 2023	World Health Organisation. (2023) Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Pozyskano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278 , dostęp z 30.04.2026.
WHO 2024	World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR). Pozyskano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263 , dostęp z 30.04.2026.
WHO 2025	World Health Organization. (2025). Mental disorders. Pozyskano z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders , dostęp z 30.04.2026 r.

Załuska 2015	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. Pozyskano z: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Opieka_zdrowotna_i_wsparcie_spo%C5%82eczne.pdf , dostęp z 30.04.2026.
Pozostałe publikacje	
Ministerstwo Zdrowia 2026	Strona internetowa: Ministerstwo Zdrowia. Centra Zdrowia Psychicznego. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego , dostęp z 30.04.2026.
Standard diagnostyczno - terapeutyczny CZP	Biuro ds. pilotażu NPOZP. (2023). Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2023, 28 grudnia 2023 r. ANEKS Nr 2. Projekt dokumentu - Standard diagnostyczno - terapeutyczny w centrum zdrowia psychicznego.
Standard organizacyjny CZP	NPOZP. (2022). Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego – założenia projektu. Biblioteka Biura ds. pilotażu NPOZP – Zeszyt 1 wydanie drugie. Warszawa 2022.
Zespół ds. zmian systemowych CZP 2025	Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. (2025). Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego , dostęp z 05.05.2025 r.
Opracowanie AOTMiT 2022	AOTMiT (2022). Raport analityczny Kompleksowe świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach centrum zdrowia psychicznego Opracowanie na potrzeby Ministra Zdrowia. Nr: WS.4220.7.2022
Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach	
Australia 2025	Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. (2025). National Service Model: Medicare Mental Health Centres. Pozyskano z: https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-05/national-service-model-medicare-mental-health-centres.pdf , dostęp z 05.05.2026.
Czechy 2024	Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej. (2024). Informacja dotycząca zapewnienia płynnego funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego od 1 stycznia 2025 r. Pozyskano z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2025-10/Informace%20k%20zaji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%20plynul%C3%A9ho%20fungov%C3%A1n%C3%AD%20C-DZ.pdf , dostęp z 06.05.2026.
Czechy 2025	Ustawa 371/2021 z dn. 14 września 2021 r. zmieniająca ustawę nr 48/1977 Sb. o publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie i uzupełnieniu niektórych powiązanych ustaw, z późniejszymi zmianami, oraz niektóre inne ustawy. Pozyskane z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2021/371/2025-01-01?f=371%2F2021&zalozka=text , dostęp z 06.05.2026.
Czechy 2026a	Centra duševního zdraví (CZD). (2026). Pozyskano z: https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz , dostęp z 06.05.2026.
Czechy 2026b	Ustawa 372/2011 o opiece zdrowotnej i warunkach jej świadczenia (zákon o zdravotních službách). Pozyskano z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2011/372/2026-01-01?zalozka=text#ppc_62 , dostęp z 08.05.2026.
Czechy 2026c	Dekret 505/2006 z 15 listopada 2006 r. o wdrażaniu niektórych przepisów ustawy o usługach społecznych. Pozyskano z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2006/505/2026-01-01?zalozka=text , dostęp z 08.05.2026.
Czechy 2026d	Dekret 99/2012 z 22 marca 2012 r. o minimalnych wymaganiach kadrowych dla usług zdrowotnych. Pozyskano z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2012/99?zalozka=text#pril_11 , dostęp z 06.05.2026.
Czechy 2026e	Interaktywna mapa Centrów Zdrowia Psychicznego i multidyscyplinarnych zespołów nowych usług w Czechach (przekierowanie z: Reforma Pece o Dusevní Zdraví. (2026). https://www.reformapsychiatrie.cz). Pozyskano z: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUlw3an8hY_OpzoO5F1EAj4Rk_5mnas9&ll=49.83905348538608%2C14.785640214453107&z=9 , dostęp z 06.05.2026.
Dania 2023	Healthcare Denmark. (2023). The Danish Approach to Mental Health, 2nd edition - October 2023. Pozyskano z: https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth_2ndedition_2023.pdf , dostęp z 05.05.2026.
Dania 2024	Birk H.O., Vrangbæk K., Rudkjøbing A., Krasnik A., Horschig M., Eriksen A., Richardson E., Jervelund S.S. (2024). Denmark: Health System Summary, 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Pozyskano z: https://healthcaredenmark.dk/media/o0kphpic/dk-health-system-summary.pdf , dostęp z 05.05.2026.
Dania 2025a	Indenrigs-OG Sundhedsministeriet. (2025). Aftale om en samlet 10-arsplan for psykiatrien. Pozyskano z: https://www.ism.dk/Media/638832422750686110/Aftale%20om%20en%20samlet%2010-%C3%A5rsplan%20for%20psykiatrien-2025.pdf , dostęp z 05.05.2026.
Dania 2025b	Psykiatri-RegionH. (2025). Hvad er F-ACT? Pozyskano z: https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/f-act/hvad-er-f-act/sider/default.aspx , dostęp z 06.05.2026.
Dania 2026	Psykiatri-RegionH. (2026). Generel information. Pozyskano z: https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/tvaersektorielt-samarbejde/samarbejdsaftaler/voksne/generel-information/Sider/default.aspx , dostęp z 05.05.2026.
Francja 2020	Emmanuelli, J., Dupays, S. (2020). Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. Pozyskano z: https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/278693.pdf , dostęp z 06.05.2026.

Litwa 2023	OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Lithuania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Pozyskano z: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/lithuania-country-health-profile-2023_7ab0a5d9/5ed683c8-en.pdf , dostęp z 07.05.2026.
Litwa 2025	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2025). Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo 17.09.2012. Pozyskano z: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.433323 , dostęp z 07.05.2026.
Litwa 2026	Lietuvos Psichiatrijos Asociacija. (2026). Psichikos sveikatos centrai. Pozyskano z: https://www.psichiatrija.lt/nuorodos/psc/ , dostęp z 07.05.2026.
Niemcy 2022	Gemeinsamer Bundesausschuss. (2022). Complex care: Coordinated care for severely mentally ill adults. https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/komplexversorgung-koordinierte-versorgung-schwer-psychisch-erkrankter/ , dostęp z 07.05.2026
Niemcy 2023	Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023). Neue Versorgungsformen RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. Pozyskano z: RECOVER – Model of Cross-Sectorally Coordinated, Severity-Graded, Evidence-Based Care for Mental Illnesses - G-BA Innovation Fund, dostęp z 07.05.2026.
Niemcy 2025	Wiegand, H.F. et al. (2025). Mental health services in Germany – Structures, outcomes and future challenges. International Review of Psychiatry, 37, 253-270. doi:10.1080/09540261.2025.2479601.
Słowenia 2019	Republika Slovenija Ministerstvo Za Zdravje, Nacionalni Inštitut za javno zdravje. (2019). Nacionalni program duševnega zdravja. Pozyskano z: https://www.zadusevnozdavje.si/wp-content/uploads/2021/05/Mira-resolucija-SLO_splet_2019_elektronska-izdaja.pdf , dostęp z 06.05.2026.
Słowenia 2026	MIRA Nacionalni Program Duševnega Zdravja. (2026). Centri za duševno zdravje odraslih. Pozyskano z: https://www.zadusevnozdavje.si/kam-po-pomoc/centri-za-dusevno-zdavje/odrasli/ , dostęp z 06.05.2026.
Wielka Brytania 2025	NHS England. (2025). Department of Health & Social Care. Policy paper: Fit for the future: 10 Year Health Plan for England. Pozyskano z: https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future/fit-for-the-future-10-year-health-plan-for-england-accessible-version#foreword-by-the-prime-minister , dostęp z 07.05.2026.
Wielka Brytania 2026	NHS England. (2026). Mental Health/ 24/7 neighbourhood mental health centres. Pozyskano z: https://www.england.nhs.uk/mental-health/24-7-neighbourhood-mental-health-centres/ , dostęp z 07.05.2026.
Włochy 2023	NelPaese. (2023). Salute mentale: chi sono gli Esperti di Supporto tra Pari (Esp). Pozyskano z: https://www.nelpaese.it/notizie/approfondimenti/salute-mentale-chi-sono-gli-esperti-di-supperto-tra-pari-esp/ , dostęp z 05.05.2026.
Włochy 2024	Ministero della Salute. (2024). La rete dei servizi per la salute mentale. Pozyskano z: https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/la-rete-dei-servizi-la-salute-mentale/ , dostęp z 05.05.2026.

12. Spis tabel i rysunków

Tabele

Tabela 1. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznaw, 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)	18
Tabela 2. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznaw, 2019–2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)	18
Tabela 3. Finansowanie działalności Centrów Zdrowia Psychicznego w latach 2018–czerwiec 2025 r.	23
Tabela 4. Wskazania do udzielania świadczeń w CZP według stopnia pilności.....	27
Tabela 5. Porównanie wymagań dotyczących personelu centrum zdrowia psychicznego określonych w Standardzie organizacyjnym CZP oraz Opisie zakresu świadczenia CZP	28
Tabela 6. Propozycja minimalnych warunków realizacji świadczenia opieki zdrowotnej	39
Tabela 7. Wymogi personelu wymaganego do realizacji świadczeń gwarantowanych, a także personel wspierająco-koordynujący w Centrum Zdrowia Psychicznego w przeliczeniu na 100 000 populacji proponowane przez NFZ	47
Tabela 8. Przegląd rozwiązań organizacyjnych w innych krajach w zakresie opieki psychiatrycznej – centra zdrowia psychicznego.....	54
Tabela 9. Porównanie wymagań dotyczących personelu centrum zdrowia psychicznego określonych w Opisie zakresu świadczenia CZP vs. funkcjonujących w innych krajach.....	61
Tabela 10. Wartość środków zaplanowanych na finansowanie kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w planie finansowym NFZ na 2026 r. oraz w prognozie kosztów NFZ na lata 2026–2028.....	64
Tabela 11. Koszty wdrożenia nowego świadczenia gwarantowanego realizowanego w Centrum Zdrowia Psychicznego	65
Tabela 12. Koszty leczenia pacjentów w latach 2027–2029 – scenariusz „istniejący”	67
Tabela 13. Koszty leczenia pacjentów w latach 2027–2029 – scenariusz „nowy”	67
Tabela 14. Koszty inkrementalne w latach 2027–2029	67
Tabela 15. Opinie ekspertów klinicznych – kluczowe przyczyny, dla których wnioskowane świadczenie powinno/nie powinno być finansowane ze środków publicznych w określonych wskazaniach	75
Tabela 16. Oszacowanie rocznej liczby pacjentów w Polsce, którzy będą kwalifikować się do wnioskowanego świadczenia	76
Tabela 17. Uzasadnienie w wytycznych praktyki klinicznej lub rozwiązaniach międzynarodowych	77
Tabela 18. Szczególne grupy pacjentów, które mogą odnieść największą korzyść z wprowadzenia nowego modelu opieki opartego o Centra Zdrowia Psychicznego.....	77
Tabela 19. Problemy systemowe/organizacyjne/finansowe, które obecnie dotyczą opieki nad pacjentami wymagającymi opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.....	78
Tabela 20. Korzyści/ograniczenia lub ryzyko związane z wprowadzeniem proponowanego świadczenia.	79
Tabela 21. Pozostałe uwagi.....	79

Rysunki

Rysunek 1. Rozkład liczby centrów zdrowia psychicznego w podziale na województwa na podstawie danych MZ	26
---	----

13. Załącznik

Opinie ekspertów klinicznych

Tabela 15. Opinie ekspertów klinicznych – kluczowe przyczyny, dla których wnioskowane świadczenie powinno/nie powinno być finansowane ze środków publicznych w określonych wskazaniach

Ekspert	TAK NIE	Uzasadnienie
prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	TAK	„Finansowanie świadczenia Centrum Zdrowia Psychicznego ze środków publicznych jest zasadne, ponieważ proponowany model odpowiada na kluczowe potrzeby systemowe psychiatrii dorosłych: terytorialną odpowiedzialność za populację, ciągłość opieki, szybki dostęp w kryzysie oraz powiązanie świadczeń ambulatoryjnych, środowiskowych, dziennych i stacjonarnych. Model CZP ogranicza fragmentację leczenia, wzmacnia wczesną interwencję oraz pozwala kierować pacjenta do najmniej restrykcyjnej, a jednocześnie klinicznie adekwatnej formy pomocy. Centrum Zdrowia Psychicznego powinno stanowić podstawowy element specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla populacji danego obszaru, ale nie powinno być traktowane jako jedyne zabezpieczenie zdrowia psychicznego w systemie. Skuteczny model wymaga zachowania spójnych ścieżek współpracy z psychiatrią wysokospecjalistyczną, oddziałami referencyjnymi i programami specjalistycznymi, szczególnie dla pacjentów lekoopornych, trudnych diagnostycznie, z liczną współchorobowością somatyczną lub wymagających rzadziej dostępnych metod leczenia. Świadczenie powinno być finansowane jako element koszyka świadczeń gwarantowanych pod warunkiem adekwatnej wyceny, stabilności kontraktowania, monitorowania wskaźników jakościowych oraz doprecyzowania wymogów kadrowych, zwłaszcza w części stacjonarnej, izbie przyjęć i diagnostyce psychologicznej.”
dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	TAK	„Podstawowym celem Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2023 – 2030 jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnego do ich potrzeb. Realizacji tego celu w obszarze opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych ma służyć upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej oraz zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych. Środowiskowa opieka psychiatryczna realizowana jest poprzez Centra Zdrowia Psychicznego, których celem jest: 1) poprawa jakości leczenia psychiatrycznego i psychoterapii – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i standardu warunków świadczenia pomocy; 2) pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia; 3) tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu; 4) ograniczenie częstości i długości czasu trwania hospitalizacji; 5) uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego. W 2023 roku w systemie ambulatoryjnym w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczonych było łącznie 2117,6 tys. osób to o 8,3% osób więcej niż w 2022 roku i o 24% więcej niż w 2019 roku, co potwierdza tendencję wzrostową. W przeliczeniu na 100 tys. ludności Polski wskaźnik pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych w roku 2023 wynosił 5617 osób i był wyższy o 448 osób niż w 2022 oraz wyższy o 1168 osób w porównaniu do roku 2019 co potwierdza tendencję wzrostową.”
dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień	NIE	„Finansowanie powinno uwzględniać nasilenie problemów zdrowotnych oraz współwystępujące zaburzenia – różne koszty leczenia jednego pacjenta ponoszone przez placówkę. Zbyt mało sesji przeznaczonych na diagnozę psychologiczną, w stosunku do opisanych zadań. Brak możliwości zatrudnienia specjalisty psychoterapii uzależnień, pomimo wskazania w wykazie kodów kwalifikacyjnych wg ICD-10 związanych z uzależnieniami (F10-F19).”

Tabela 16. Oszacowanie rocznej liczby pacjentów w Polsce, którzy będą kwalifikować się do wnioskowanego świadczenia

Wskazanie	prof. dr hab. Piotr Gałecki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii ¹	dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień
Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09)	ok. 250 000–350 000	ok. 200 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19)	ok. 350 000–500 000	ok. 240 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20–F29)	ok. 180 000–220 000	ok. 160 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zaburzenia nastroju [afektywne] (F30–F39)	ok. 1 200 000–1 600 000	ok. 450 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48)	ok. 1 500 000–2 000 000	ok. 800 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–F59)	ok. 120 000–180 000		„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–F69)	ok. 250 000–400 000	ok. 80 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Upośledzenie umysłowe (F70–F79)	ok. 70 000–120 000	ok. 65 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80–F89)	ok. 100 000–180 000	ok. 180 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–F98)	ok. 150 000–250 000		„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)	ok. 50 000–100 000	ok. 40 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03)	ok. 300 000–500 000	ok. 300 000	„Nie posiadam danych w tym zakresie”

Tabela 17. Uzasadnienie w wytycznych praktyki klinicznej lub rozwiązaniach międzynarodowych

Ekspert	Komentarz
prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	„Model opieki środowiskowej realizowanej przez Centra Zdrowia Psychicznego znajduje uzasadnienie zarówno w kierunkach współczesnej psychiatrii środowiskowej, jak i w rozwiązaniach rekomendowanych międzynarodowo. Jego celem jest zapewnienie leczenia możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta, ograniczenie niepotrzebnych hospitalizacji, wzmocnienie ciągłości leczenia oraz integracja oddziaływań medycznych, psychologicznych, psychoterapeutycznych, rehabilitacyjnych i społecznych. Jednocześnie CZP należy rozumieć jako podstawowy, populacyjny poziom specjalistycznej opieki psychiatrycznej, a nie jako system samowystarczalny. Model powinien być powiązany z psychiatrią wysokospecjalistyczną i ośrodkami referencyjnymi, do których kierowani są pacjenci wymagający pogłębionej diagnostyki, leczenia lekooporności, terapii biologicznych lub innych interwencji niedostępnych w lokalnym CZP.”
dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	„a) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023 – 2030, którego celem jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb; b) Wytyczne WHO rekomendujące rozwój środowiskowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego; c) Międzynarodowa literatura wskazuje na korzyści finansowe wynikające z redukcji kosztów leczenia szpitalnego, d) Brytyjski model organizacji opieki zdrowotnej oparty na opiece środowiskowej / Community Mental Health Teams¹, e) Włoski system opieki psychiatrycznej funkcjonuje w oparciu o Ustawę 180 (wł. Legge 180) uchwaloną 13 maja 1978 roku. Wprowadzanie reformy i jej skutki stały się przedmiotem licznych analiz w literaturze naukowej, głównie w Wielkiej Brytanii i w USA. Autorzy badań i opracowań dostrzegają liczne sukcesy reformy, szczególnie jej początkowej fazy. Wprowadzenie Ustawy 180/Legge Basaglia całkowicie zmieniło strukturę opieki psychiatrycznej we Włoszech promując model psychiatrii środowiskowej. Deinstytucjonalizacja we Włoszech nie pociągnęła za sobą wzrostu liczby przymusowych hospitalizacji psychiatrycznych, nie spowodowała wzrostu liczby samobójstw w grupie osób chorych psychicznie ani nie doprowadziła do wzrostu liczby przestępstw przez nie popełnianych. Nie wywołała też masowej transinstytucjonalizacji, w tym przewidywanego przez przeciwników odpływu chorych do sektora prywatnego ani jego rozrostu². ¹The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults September 2019 ²Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej - przebieg i skutki Część II. Skutki deinstytucjonalizacji, <i>Psychiatria Polska</i> 2015”
dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień	„Wnioskowany model świadczenia oparty na opiece środowiskowej i Centrach Zdrowia Psychicznego znajduje uzasadnienie w praktyce klinicznej. Powinno się również wziąć pod uwagę współpracę z placówkami leczenia uzależnień, z uwagi na współwystępujące zaburzenia. Wciórka J., Cechnicki A. (red.). <i>Psychiatria środowiskowa</i>. PZWL, Warszawa 2025. Bętkowska-Korpała B. (red.). <i>Diagnoza i psychoterapia uzależnień</i>. PZWL, Warszawa 2026.”

Tabela 18. Szczególne grupy pacjentów, które mogą odnieść największą korzyść z wprowadzenia nowego modelu opieki opartego o Centra Zdrowia Psychicznego

Ekspert	Komentarz
prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	„Największą korzyść z modelu CZP mogą odnieść: pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi, chorobą afektywną dwubiegunową i nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi; osoby po hospitalizacji psychiatrycznej wymagające kontynuacji leczenia i zapobiegania nawrotom; pacjenci z istotnym pogorszeniem funkcjonowania społecznego; osoby z ograniczoną adherencją i ryzykiem przerwania leczenia; pacjenci z trudnościami w samodzielnym korzystaniu z poradni; osoby wymagające leczenia środowiskowego, pracy z rodziną i koordynacji świadczeń. Szczególną uwagę należy poświęcić pacjentom trudnym terapeutycznie, z lekoopornością, wielochorobowością somatyczną, niejasnym obrazem klinicznym lub potrzebą rzadziej dostępnych interwencji. U tych pacjentów CZP powinno zapewnić rozpoznanie potrzeb i koordynację, ale także sprawną ścieżkę przekazania do psychiatrii wysokospecjalistycznej, gdy lokalne zasoby są niewystarczające.”
dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	„Środowiskowy model opieki psychiatrycznej oparty na Centrach Zdrowia Psychicznego jest najbardziej korzystny dla osób w kryzysie psychicznym, potrzebujących wsparcia, świadczeń zdrowotnych dostosowanych do potrzeb i w miejscu najbliższym zamieszkania chorego. Analiza efektywności oraz kosztów opieki psychiatrycznej w kontekście zaspokajania potrzeb zdrowotnych i psychologicznych pacjentów wskazuje, iż model leczenia środowiskowego stanowi rozwiązanie optymalne. Model ten zapewnia ciągłość opieki oraz umożliwia podjęcie niezwłocznej interwencji w sytuacjach zaostrzenia objawów. Monitoring funkcjonowania chorego w jego naturalnym środowisku dostarcza kluczowych danych diagnostycznych, niezbędnych do opracowania skutecznego planu terapeutycznego. Dodatkowo, opieka środowiskowa pozwala na objęcie wsparciem systemu rodzinnego pacjenta, istotnie obciążonego skutkami jego choroby ¹ .

Ekspert	Komentarz
	¹ <i>Psychiatria: Agata Żaroń UMK w Toruniu Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych Community psychiatry from the point of view of selected psychological needs</i>
dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień	„Pacjenci, którzy wymagają stałego motywowania do leczenia – Punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne. Pacjenci wymagający zintegrowanej długoterminowej opieki, szczególnie w opiece środowiskowej. Pacjenci ze współistniejącymi zaburzeniami.”

Tabela 19. Problemy systemowe/organizacyjne/finansowe, które obecnie dotyczą opieki nad pacjentami wymagającymi opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Ekspert	Komentarz
prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	„Do najważniejszych problemów obecnego systemu należą: fragmentacja opieki i brak jednoznacznej odpowiedzialności terytorialnej za pacjenta; zbyt długie oczekiwanie na konsultację psychiatryczną, psychologiczną i psychoterapię; niedobory lekarzy psychiatrów, pielęgniarek psychiatrycznych, psychologów klinicznych i psychoterapeutów; przeciążenie oddziałów całodobowych; niewystarczająca dostępność leczenia środowiskowego; nierówny dostęp do psychoterapii i diagnostyki psychologicznej; trudności w kontynuacji leczenia po hospitalizacji; niedostateczna koordynacja z POZ, pomocą społeczną i rodziną pacjenta. System wymaga również lepszego monitorowania jakości, a nie wyłącznie liczby udzielonych świadczeń. Istotnym problemem pozostaje nierówny dostęp do nowoczesnych form terapii oraz do metod poprawiających adherencję, takich jak psychoedukacja, opieka koordynowana, leczenie środowiskowe, wsparcie rodzin, adekwatna psychoterapia i nowoczesna farmakoterapia, w tym leki długodziałające, gdy są klinicznie uzasadnione. Konieczne jest także jasne powiązanie CZP z psychiatrią wysokospecjalistyczną.”
dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	„Obecna kondycja polskiej psychiatrii wymaga radykalnych i systemowych zmian. Analiza sektora wskazuje na narastający kryzys strukturalny, wynikający z nałożenia się wieloletnich zaniedbań finansowych, kadrowych oraz organizacyjnych. Do najważniejszych obszarów problemowych należą: ○ Od wielu lat finansowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Polsce znajduje się poniżej minimalnych poziomów występujących w krajach UE. Podmioty lecznicze o profilu psychiatrycznym i leczenia uzależnień borykają się z rosnącym zadłużeniem i niedoszacowaniem świadczeń przez NFZ. ○ W Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada średnio zaledwie 13,4 psychiatrów (ok. 5300 specjalistów), a w zestawieniach europejskich (średnia w UE to często 20–30 specjalistów). ○ Sytuacja w psychiatrii dziecięcej jest dramatyczna: na początku 2025 roku w kraju pracowało tylko 568 psychiatrów dziecięcych, co oznacza, że jeden lekarz przypada na ponad 12 tysięcy dzieci i młodzieży. ○ Psychologów i psychoterapeutów jest odpowiednio ok. 18–20 tys. i 14 tys., jednak wielu z nich działa wyłącznie komercyjnie. W efekcie osoby z mniejszych miast i o niższych dochodach napotykają barierę podwójną – geograficzną i finansową. ○ Lekooporność stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnej psychiatrii. Pomimo postępu farmakoterapii i psychoterapii, wciąż znaczna grupa pacjentów nie uzyskuje wystarczającej poprawy klinicznej. Zjawisko to prowadzi do przewlekłości choroby, zwiększonego ryzyka nawrotów, pogorszenia jakości życia oraz obciążenia systemu opieki zdrowotnej. ○ Główne wyzwania łączą niedobory kadrowe, niepewność finansową oraz niewydolność infrastrukturalną. Wprowadzenie Centrów Zdrowia Psychicznego to krok w dobrym kierunku. Zapewniają pomoc bez skierowania, blisko miejsca zamieszkania. Ich skuteczność oceniana jest pozytywnie – zwłaszcza jeśli chodzi o leczenie środowiskowe i redukcję hospitalizacji.”
dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień	„Koordynowany między systemem opieki psychiatrycznej a systemem leczenia uzależnień.”

Tabela 20. Korzyści/ograniczenia lub ryzyko związane z wprowadzeniem proponowanego świadczenia.

Ekspert	Korzyści	Ograniczenia/ryzyko
prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	„poprawa dostępności do pierwszego kontaktu w kryzysie; zwiększenie ciągłości leczenia; zmniejszenie liczby niepotrzebnych hospitalizacji; lepsze wykorzystanie zasobów ambulatoryjnych, dziennych i środowiskowych; szybszy tryaż; większa odpowiedzialność za populację; możliwość pracy z rodziną; poprawa adherencji przez psychoedukację, koordynację opieki, leczenie środowiskowe i dostęp do adekwatnych form terapii; ograniczenie ryzyka nawrotów, dekompensacji i rehospitalizacji.”	„niedobór kadr może utrudnić spełnienie wymogów kontraktowych; minimalne wymogi kadrowe mogą być błędnie traktowane jako standard docelowy; nieprecyzyjne określenie obsady pielęgniarskiej w części stacjonarnej może skutkować nierównym poziomem bezpieczeństwa; wymóg 2,5 etatu w PZK może być niewystarczający przy dużym napływie pacjentów; zbyt niski minimalny udział psychologa klinicznego może ograniczać jakość diagnostyki; finansowanie bez”
dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	„Kluczowym filarem zmian systemowych jest pełne wdrożenie Centrów Zdrowia Psychicznego. Przeniesienie ciężaru opieki z lecznictwa stacjonarnego do opieki środowiskowej która pozwala na udzielenie pomocy w trybie natychmiastowym (bez skierowania), co znacząco ogranicza stygmatyzację pacjentów oraz zapewnia niezbędną ciągłość terapeutyczną. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2026 roku w Polsce znajduje się w fazie intensywnych przekształceń, dążąc do modelu środowiskowego, ale jednocześnie zmagając się z wyzwaniem finansowymi i kadrowymi. Wciąż wysoki poziom stygmatyzacji powoduje, że wielu pacjentów nie szuka pomocy na czas, trafiając do systemu w ostrym stanie, co jest kosztowne i trudniejsze w leczeniu”	
dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień	„Wskazany jest wprowadzenie świadczenia dla specjalisty psychoterapii uzależnień obejmujące diagnozę i ewentualne motywowanie do leczenia w systemie leczenia uzależnień. Ze względu na współwystępujące zaburzenia psychiczne z uzależnieniem, istotna jest właściwa kwalifikacja do odpowiedniej formy leczenia, Może to wpłynąć na zmniejszenie kosztów ponoszonych przez płatnika oraz skrócić kolejki do leczenia specjalistycznego.”	

Tabela 21. Pozostałe uwagi

Ekspert	Komentarz
prof. dr hab. Piotr Gałęcki – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	„Projekt świadczenia należy ocenić pozytywnie jako potrzebny etap systemowego wdrożenia modelu środowiskowego w psychiatrii dorosłych. Pozytywna ocena powinna być jednak powiązana z obowiązkiem monitorowania jakości, dostępności i efektów leczenia. Samo spełnienie minimalnych wymogów kadrowych nie przesądza o jakości opieki. Należy monitorować wskaźniki jakościowe, w szczególności: czas od zgłoszenia do pierwszego kontaktu w PZK, czas do konsultacji psychiatrycznej w trybie pilnym i planowym, ciągłość leczenia po hospitalizacji, odsetek pacjentów z planem terapii i zdrowienia, dostępność wizyt środowiskowych, dostępność psychoterapii, odsetek pacjentów utrzymujących się w leczeniu, częstość przerwy w leczeniu, rehospitalizacje, dostępność nowoczesnej farmakoterapii interwencji poprawiających adherencję oraz doświadczenia pacjentów i rodzin. Szczególnie ważne jest, aby model CZP premiował nie tylko liczbę udzielonych świadczeń, ale także realną poprawę współpracy terapeutycznej. Dotyczy to dostępu do psychoedukacji, opieki koordynowanej, leczenia środowiskowego, wsparcia rodzin, adekwatnej psychoterapii oraz nowoczesnej farmakoterapii, w tym leków długodziałających, gdy są klinicznie uzasadnione. Centrum Zdrowia Psychicznego powinno stanowić podstawowy element specjalistycznej opieki psychiatrycznej, ale nie powinno być jedynym elementem zabezpieczenia zdrowia psychicznego w systemie. Model CZP musi być spójny z psychiatrią wysokospecjalistyczną, oddziałami referencyjnymi i programami specjalistycznymi. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów lekoopornych, trudnych diagnostycznie, z liczną współchorobowością somatyczną, rzadkimi obrazami klinicznymi lub wymagających indywidualnie dobranych metod leczenia niedostępnych w lokalnym CZP. Z tego względu zasadne jest określenie jasnych ścieżek konsultacji i przekazywania pacjentów z CZP do ośrodków wyższego poziomu referencyjnego. Wdrożenie CZP powinno wzmacniać podstawową dostępność do psychiatrii, ale nie może prowadzić do osłabienia psychiatrii wysokospecjalistycznej ani do przeniesienia na lokalne centra odpowiedzialności za przypadki przekraczające ich zasoby kadrowe, diagnostyczne lub terapeutyczne.”
dr n. med. Nadzieja Sołowiej – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	-
dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień	„a. całkowity brak uwzględnienia specjalistów psychoterapii uzależnień w procesie diagnozy i wstępnej kwalifikacji do leczenia, a następnie monitorowania stanu pacjenta – CZP uwzględniła grupę zaburzeń ICD 10, F10-F19. b. Zasadne jest wypracowanie zasad współpracy między CZP a lecznictwem uzależnień, szczególnie w sytuacji tzw. Podwójnych diagnoz, czy też detoksykacji. c. Więcej czasu na psychologiczną diagnozę kliniczną.

Ekspert	Komentarz
	d. Włączenie do procesu diagnostycznego specjalistów psychoterapii uzależnień (specjaliści z dyplomem w dziedzinie psychoterapii uzależnień oraz w trakcie specjalizacji lub z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień).”