KONGRES
ZDROWIA
PSYCHICZNEGO

Porozumienie na Rzecz
POZP

Rekomendacje Grupy Roboczej

Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w sprawie zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych.

© Marek Balicki, Daria Biechowska, Andrzej Cechnicki, Izabela Ciuńczyk, Katarzyna Głowacka-Cieślicka, Hanna Karakuła-Juchnowicz, Joanna Krzyżanowska-Zbucka, Tomasz Szafrański, Katarzyna Szczerbowska, Jacek Wciórka, Maria Załuska 2025

© Wydawnictwo Dla Nas – Otwórzcie Drzwi

Kraków 2025

Wydanie I

ISBN: 978-83-975989-1-1

Wydawnictwo Dla Nas – Otwórzcie Drzwi

pl. Sikorskiego 2/8 31-115 Kraków

e-mail: stotworzciedrzwi@wp.pl

tel. 692 066 178

www.otworzciedrzwi.org

Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka,

a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa.

(Preambuła ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)

Podstawowym celem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 (NPOZP) jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznym, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Realizacji tego celu w obszarze opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych ma służyć m.in. upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej oraz zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych.

W bieżącym roku kończy się program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego (CZP). Celem pilotażu, który został uruchomiony w 2018 r. było przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Po zakończeniu pilotażu powinno nastąpić wdrożenie rozwiązań systemowych. Jednym z warunków wprowadzenia rozwiązań systemowych jest wcześniejsze uchwalenie odpowiednich regulacji ustawowych.

Celem Grupy roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji NPOZP było przygotowanie rekomendacji dotyczących najistotniejszych elementów modelu środowiskowego, który ma być wprowadzony po zakończeniu pilotażu. Rekomendacje obejmują problematykę organizacji i finansowania wymagającą regulacji na poziomie ustawy. Została im nadana forma listy kontrolnej, co jednocześnie ułatwi ocenę projektów przygotowanych w tej materii przez Ministerstwo Zdrowia. Opracowanie to nie wyczerpuje wszystkich zagadnień wymagających regulacji ustawowych ani nie odnosi do spraw związanych z techniką legislacyjną.

Kolejne analogiczne opracowanie dotyczy standardu organizacyjnego w CZP, który jest określany przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia (Warszawa, 27 stycznia 2025 roku). Oba dokumenty skupiają się na wybranych zagadnieniach, których realizacja zdaniem członków Grupy roboczej wynika z doświadczeń pilotażu i jest zarazem konieczna dla osiągnięcia celów zakreślonych w NPOZP.
Nasze wydawnictwo doceniając olbrzymią wagę i znaczącą role pacjentów w ich powstawaniu rekomendacji zachęca swoich Czytelników do uważnej lektury i szerokiej debaty w środowiskach całego kraju.

Skład grupy roboczej opracowującej rekomendacje:

Marek Balicki,
dr Daria Biechowska,
prof. dr hab. Andrzej Cechnicki,
Izabela Ciuńczyk,
Katarzyna Głowacka-Cieślicka,
prof. dr hab. Hanna Karakuła-Juchnowicz,
Joanna Krzyżanowska-Zbucka,
dr Tomasz Szafrański,
Katarzyna Szczerbowska,
prof. dr hab. Jacek Wciórka,
prof. dr hab. Maria Załuska.

Spis treści

Część 1.
Lista kontrolna dotycząca rozwiązań ustawowych / s. 4

Część 2.
Rekomendacje w sprawie zmiany terminu zakończenia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego / s. 21

Część 3.
Standard organizacyjny Centrum Zdrowia Psychicznego / s. 24

The English version of these documents can be found here – *Dokument jest dostępny na stronach: Kongresu Zdrowia Psychicznego* (**www:kongreszp.org.pl**)
Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej (**www.stowarzyszenie-rozwoju.eu**)

Grupa Robocza Kongresu Zdrowia Psychicznego serdecznie dziękuje:

Marii Pikul za redakcję językową,
Andrzejowi Axerowi za redakcję tłumaczenia na język angielski,
Kamie Pierzgalskiej, Renacie Masternak i Piotrowi Stoniowi za uwagi do standardu organizacyjnego,
Fundacji eFkropka, Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Centrów Zdrowia Psychicznego i Stowarzyszeniu na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej za wsparcie prac nad przygotowaniem i upowszechnieniem rekomendacji,
Wydawnictwu Mediadore i Katarzynie Kowalskiej za opracowanie graficzne i skład do druku.
A także wszystkim niewymienionym osobom, organizacjom i instytucjom zaangażowanym we wprowadzanie środowiskowej reformy ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

KONGRES
ZDROWIA
PSYCHICZNEGO

Porozumienie na Rzecz
POZP

Rekomendacje Grupy roboczej

Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w sprawie zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych

Część 1.

Lista kontrolna dotycząca rozwiązań ustawowych

„Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa."

(Preambuła ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)

Podstawowym celem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 (NPOZP) jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznym, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki, i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb.

Realizacji tego celu w obszarze opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych ma służyć m. in. upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej oraz zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych.

W bieżącym roku kończy się program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego (CZP). Celem pilotażu, który został uruchomiony w 2018 r. było przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Po zakończeniu pilotażu powinno nastąpić wdrożenie rozwiązań systemowych. Jednym z warunków wprowadzenia rozwiązań systemowych jest wcześniejsze uchwalenie odpowiednich regulacji ustawowych.

Celem Grupy roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji NOPZP było przygotowanie rekomendacji dotyczących najistotniejszych elementów modelu środowiskowego, który ma być wprowadzony po zakończeniu pilotażu. Rekomendacje obejmują problematykę organizacji i finansowania wymagającą regulacji na poziomie ustawy. Została im nadana forma listy kontrolnej, co jednocześnie ułatwi ocenę projektów przygotowanych w tej materii przez Ministerstwo Zdrowia. Opracowanie to nie wyczerpuje wszystkich zagadnień wymagających regulacji ustawowych ani nie odnosi do spraw związanych z techniką legislacyjną. Skupiono się na wybranych sprawach, których realizacja, zdaniem członków Grupy roboczej, wynika z doświadczeń pilotażu i jest zarazem konieczna do osiągnięcia celów zakreślonych w NPOZP.

Planowane jest opracowanie przez Grupę roboczą analogicznego opracowania dotyczącego standardu organizacyjnego w CZP, który jest określany przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia.

Lp.	Punkty kontrolne	Spełnienie wymagań **(tak/nie)**
1	**Zagadnienia ogólne**	
1.1	NFZ przeznacza na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień corocznie środki finansowe w wysokości **nie niższej niż 7% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej**, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określonych w planie finansowym NFZ na dany rok, z zastrzeżeniem, że wysokość ta w latach 2026–2031 nie może być niższa niż: a) 5,50% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2026 r. b) 6,00% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2027 r. c) 6,25% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2028 r. d) 6,50% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2029 r. e) 6,75% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2030 r. f) 7,00% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2031 r. Komentarz: *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa minimalny poziom nakładów na ochronę zdrowia w relacji do PKB (art. 131c). Nie wprowadzono jednak gwarancji minimalnego poziomu finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, mimo obserwowanego od dziesięcioleci dyskryminacyjnego traktowania tego obszaru ochrony zdrowia, a także zagrożenia wykluczeniem społecznym wielu osób dotkniętych kryzysem zdrowia psychicznego.* *Od wielu lat finansowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Polsce stosunku do ogólnych wydatków bieżących na opiekę zdrowotną (wg NFZ w 2024 r. – 4,5%) znajduje się poniżej minimalnych poziomów występujących w krajach UE (6–7%). W placówkach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień koszty osobowe stanowią ponad 90% kosztów. Zarazem osiągnięcie istotnej poprawy dostępności i zapewnienie odpowiedniej jakości pomocy wymaga w szczególności zwiększenia zatrudnienia (psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, koordynatorów opieki). Konieczne jest również zapewnienie godziwych warunków udzielania pomocy.* *Przyjęcie ustawowych gwarancji zapewniających chociażby minimalny poziom europejski powinno w sposób znaczący poprawić finansową opieki psychiatrycznej. W ciągu kilku najbliższych dwóch lat konieczne będzie osiągnięcie poziomu 6% w wydatkach na świadczenia opieki zdrowotnej, a w ciągu kolejnych czterech lat 7%.*	
1.2	Działalność w zakresie monitorowania i koordynacji działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego prowadzi **Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego** będący państwową jednostką budżetową podległą ministrowi zdrowia. Szczegółowe zadania i funkcjonowanie Ośrodka określa ustawa. Komentarz: *Na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym (Rozdz. 2a) w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami działa już Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom – państwowa jednostka budżetowa podległa ministrowi zdrowia.* *Szczególny charakter i znaczenie ochrony zdrowia psychicznego powoduje konieczność powołania odpowiedniej instytucji na poziomie krajowym zajmującej się tym obszarem ochrony zdrowia. Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego może działać na analogicznych zasadach jak Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.* *Istotnym argumentem na rzecz powołania Ośrodka jest nie tylko konieczność koordynacji działań w okresie transformacji (reformowania) opieki psychiatrycznej w kierunku modelu środowiskowego, ale także zapewnienie zorganizowanego zaplecza eksperckiego dla Ministerstwa Zdrowia w zakresie kreowania i realizacji polityki zdrowotnej dotyczącej zdrowia psychicznego. Nie bez znaczenia jest także potrzeba koordynacji działań z innymi sektorami i politykami szczegółowymi państwa.*	

1	**Zagadnienia ogólne**	
1.3	Wprowadza się wyspecjalizowaną opiekę psychiatryczną realizowaną w formie **specjalistycznych programów zdrowotnych oraz odrębne finansowanie uniwersyteckich klinik psychiatrycznych** spełniających określone w ustawie warunki. Szczegółowe warunki oraz wykaz klinik finansowanych na odrębnych zasadach określa rozporządzenie wydane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Specjalistyczne programy zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień stanowią szczególną, określoną w ustawie formę programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Specjalistyczne programy zdrowotne realizuje NFZ na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt specjalistycznego programu zdrowotnego opracowuje Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego we współpracy z właściwymi towarzystwami naukowymi. **Komentarz**: *Wyspecjalizowana opieka psychiatryczna (specjalistyczne programy zdrowotne) stanowi konieczne uzupełnienie oferty terapeutycznej sieci CZP zapewniające leczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych wymagających swoistych form terapii (np. zaburzenia odżywiania, ciężkie zaburzenia osobowości czy inne szczególnie uporczywe zaburzenia psychiczne) i realizowanych przez placówki dysponujące odpowiednią kadrą i doświadczeniem, w tym np. szpitale psychiatryczne jednoprofilowe.* *Uzupełnieniem systemu na poziomie wysokospecjalistycznym są uniwersyteckie kliniki psychiatryczne, które z uwagi na charakter realizowanych zadań wymagają odrębnych zasad finansowania.*	
1.4	Określa się **zadania podstawowej opieki zdrowotne**j w środowiskowym modelu ochrony zdrowia psychicznego. **Komentarz**: *Konieczność określenia zadań POZ wynika z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).* *Jest to określone w NPOZP w ramach celu głównego: „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb”; celu szczegółowego 1a: „upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej”; pkt 6 (zadanie dla ministra zdrowia).* *Sprawa ta wymaga regulacji na poziomie ustawowym, a także odpowiedniego aktu wykonawczego.*	
1.5	Określa się **zasady i sposób współdziałania CZP** z jednostkami organizacyjnymi **pomocy społecznej**, podmiotami realizującymi **aktywizację społeczno-zawodową oraz wsparcie dla rodzin**. **Komentarz**: *Konieczność określenia ww. zagadnień wynika z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).* *Jest określone w NPOZP w ramach celu głównego nr 1: „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb”; celu szczegółowego 1f: „skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy”; pkt 2 (zadanie dla ministra zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw rodziny).* *Sprawa ta wymaga regulacji na poziomie ustawowym, a także odpowiednich aktów wykonawczych.*	

1	**Zagadnienia ogólne**	
1.6	Rada powiatu może utworzyć **Powiatową Radę Zdrowia Psychicznego**. Rada ma charakter konsultacyjny, doradczy oraz inicjatywny i funkcjonuje na analogicznych zasadach jak powiatowa rada seniorów. Powiatowa Rada Zdrowia Psychicznego składa się m. in.: ■ z przedstawicieli osób z doświadczeniem problemów zdrowia psychicznego oraz innych osób z ich sieci wsparcia; ■ podmiotów i organizacji działających na terenie powiatu na rzecz osób doświadczających problemów zdrowia psychicznego (CZP, pomoc społeczna, instytucje aktywizacji zawodowej itp.) oraz ■ środowisk i organizacji działających na rzecz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki (w tym oświaty). Komentarz: *Ustawa o samorządzie powiatowym przewiduje możliwość utworzenia m.in. powiatowej rady seniorów – mającej charakter konsultacyjny, doradczy i inicjatywny (art. 3f).* *Istnieją mocne przesłanki na rzecz tworzenia analogicznych rad poświęconych zdrowiu psychicznemu na poziomie społeczności lokalnej. Rady powinny przyczynić się do aktywizacji środowisk lokalnych w różnych działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Celem rad powinno być m.in. sygnalizowanie potrzeb osób doświadczających problemów zdrowia psychicznego poprzez opiniowanie i konsultowanie decyzji lokalnych władz, a także inicjowanie i podejmowanie lokalnych działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki, a także integracji społecznej.*	
1.7	Wdrożenie **nowych rozwiązań systemowych** na obszarze całego kraju nastąpi **w terminie dwóch lat od wejścia w życie ustawy**. Ustawa określa zasady funkcjonowania opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych na obszarach działania CZP od dnia wejścia jej w życie do czasu rozpoczęcia realizacji umowy przez odpowiednie CZP. Komentarz: *Doświadczenia płynące z realizacji pilotażu pozwalają na przyjęcie założenia, że okres dwóch lat powinien wystarczyć na objęcie obszaru całego kraju siecią CZP. Konieczne jest jednak przyjęcie rozwiązań zapewniających funkcjonowanie w okresie przejściowym. Nie jest bowiem możliwe jednoczesne rozpoczęcie funkcjonowania nowego modelu na wszystkich obszarach działania CZP.*	

Lp.	Punkty kontrolne	Spełnienie wymagań **(tak/nie)**
2	**Organizacja CZP**	
2.1	**CZP** jest **zakładem leczniczym** podmiotu leczniczego. **CZP** zapewnia **osobom z zaburzeniami psychicznymi pow. 18 r.ż. zamieszkałym** na obszarze swojego działania (patrz pkt. 4.1–4.4) kompleksową i zintegrowaną opiekę psychiatryczną realizowaną w postaci pięciu podstawowych form pomocy: **doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej i szpitalnej**. Komentarz: *Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej zakład leczniczy to „zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej" (art. 2 ust. 1 pkt 14). W myśl tej regulacji w jednym zakładzie leczniczym nie można łączyć udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych (np. szpitalnych) z udzielaniem świadczeń ambulatoryjnych (w tym dziennych i środowiskowych). To absurdalne ograniczenie powinno być zniesione przynajmniej w odniesieniu do CZP.* *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego stanowi natomiast, że „Podmiot leczniczy prowadzący Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej (art. 5a). Stąd wynika zasada zapewnienia przez CZP wszystkich pięciu form pomocy, z zastrzeżeniem pkt 2.3. Powinny one być realizowane w ramach jednego zakładu leczniczego, a nie w dwóch odrębnych zakładach leczniczych, jak to miało miejsce w czasie pilotażu.*	
2.2	Miejsca udzielania świadczeń w ramach pomocy ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej **są zlokalizowane na obszarze działania CZP**. Miejsce udzielania świadczeń pomocy doraźnej i szpitalnej może być zlokalizowane w warunkach **bliskiego dostępu**, tj. nie dalej niż w sąsiednim powiecie.	
2.3	W przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego **CZP**, który nie posiada w swoich strukturach oddziału psychiatrycznego (szpitalnego), **pomoc doraźna i szpitalna jest udzielana przez podwykonawcę** wyłonionego spośród podmiotów leczniczych **wskazanych** w wojewódzkim planie obszarów działania CZP (patrz pkt 4.2). Ustawa określa zasady zwierania umów na podwykonawstwo w zakresie pomocy doraźnej i szpitalnej oraz wymagane elementy tych umów dotyczące wszystkich podmiotów leczniczych prowadzących CZP, w tym przedsiębiorców. Konkursu ofert nie przeprowadza się. Komentarz: *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje możliwość zlecania podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy zawartej w NFZ, jeżeli umowa tak stanowi (art. 133). Umowa z NFZ zawiera wówczas wykaz podwykonawców (art.136 ust. 1 pkt 3).* *Doświadczenie pilotażu ujawniło trudności w zawieraniu umów na podwykonawstwo świadczeń szpitalnych przez CZP nieposiadające oddziału psychiatrycznego w swojej strukturze. Wynika z tego konieczność wskazania potencjalnych podwykonawców w zakresie świadczeń szpitalnych w wojewódzkim planie obszarów działania CZP oraz określenia w ustawie zasad zawierania umów na podwykonawstwo (bez konkursu ofert) z określeniem wymaganych elementów tej umowy. Regulacje te mogą być wzorowane na przepisach ustawy o działalności leczniczej dot. udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne (art. 26, 26a i 27), z pominięciem konkursu ofert, ale dotyczące wszystkich podmiotów leczniczych, w tym przedsiębiorców.* *Można przyjąć, że zawieranie umów na podwykonawstwo usług szpitalnych powinno być dużo łatwiejsze po zakończeniu pilotażu w związku z zakończeniem zawierania przez NFZ odrębnych (tj. poza umowami z CZP) kontraktów obejmujących hospitalizacje psychiatryczne na oddziałach „ostroprzyjęciowych".*	

2	Organizacja CZP	
2.4	**CZP funkcjonuje na jednym obszarze działania** (patrz pkt 4.1–4.4). **Podmiot leczniczy może prowadzić jedno CZP.** Ograniczenie to nie dotyczy podmiotów leczniczych prowadzących dwa CZP wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r. W takich przypadkach dopuszczalne jest prowadzenie przez podmiot leczniczy dwóch CZP. Komentarz: *W drugiej fazie realizacji pilotażu (tj. po 2021 r.) niektórym podmiotom leczniczym umożliwiono prowadzenie kolejnego CZP, co w części przypadków było niezgodne z celami programu. Jednak arbitralna zmiana istniejącego stanu w odniesieniu do tych podmiotów przyniosłaby więcej szkód niż korzyści.*	
2.5	CZP jest samobilansującą **wyodrębnioną organizacyjnie jednostką** (zakładem leczniczym) podmiotu leczniczego **posiadającą samodzielność finansową**. CZP prowadzi własne księgi rachunkowe i sporządza **samodzielne sprawozdanie finansowe**. Komentarz: *Zgodnie z obecnym brzmieniem ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy może postanowić w regulaminie organizacyjnym o sporządzaniu odrębnego bilansu przez określony zakład leczniczy (art. 2 ust. 3). W przypadku CZP powinno mieć to charakter obligatoryjny z uwagi na finansowanie jego działalności w drodze ryczałtu na populację. Chodzi o zapewnienie możliwie maksymalnej przejrzystości gospodarki finansowej CZP oraz zapewnienie przeznaczenia środków z ryczałtu wyłącznie na jego działalność (patrz pkt 6.10).* *CZP sporządza samodzielne sprawozdanie finansowe. Natomiast podmiot leczniczy prowadzący CZP sporządza łączne sprawozdanie finansowe obejmujące sprawozdanie finansowe CZP. Zgodnie z ustawą o rachunkowości „jednostka, w skład której wchodzą jednostki organizacyjne sporządzające samodzielne sprawozdania finansowe, sporządza łączne sprawozdanie finansowe, będące sumą sprawozdania finansowego jednostki i wszystkich jej oddziałów (zakładów) …" (art. 51 ust. 1).* *Rachunkowość CZP może być powierzona do prowadzenia biuru rachunkowemu.*	
2.6	W CZP zatrudnia się pracowników posiadających **kwalifikacje odpowiednie** do zajmowanego stanowiska. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, **kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy** w działalności podstawowej CZP, kierując się bezpieczeństwem pacjentów oraz potrzebą zapewnienia właściwej jakości świadczeń zdrowotnych i efektywności zatrudnienia. Regulacja ta dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych, w tym przedsiębiorców. Komentarz: *Ustawa o działalności leczniczej zawiera delegację do wydania rozporządzenia ws. wymaganych kwalifikacji jedynie w odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (art. 50 ust. 5), a ponadto nie uwzględnia specyfiki CZP.* *Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania CZP wymaga określenia w postaci odrębnego rozporządzenia wymaganych kwalifikacji personelu działalności podstawowej CZP niezależnie od formy organizacyjnej (spółka kapitałowa, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej itd.) podmiotu leczniczego prowadzącego CZP.*	
2.7	W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się **konkurs na stanowisko kierownika CZP** w trybie określonym w ustawie o działalności leczniczej. Z kandydatem wybranym w drodze konkursu nawiązuje się stosunek pracy albo zawiera umowę cywilno-prawną na 6 lat. Komentarz: *Jest to uzupełnienie wykazu stanowisk w podmiotach niebędących przedsiębiorcami, na które przeprowadza się konkurs zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (art. 49 ust. 1).*	

2	Organizacja CZP	
2.8	Określa się **zadania i sposób funkcjonowania Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych (PZK)** oraz kwalifikacje wymagane od osób udzielających pomocy w ramach PZK. Na jeden PZK nie powinno przypadać więcej niż 80 tys. osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP.	
2.9	Określa się definicję i zasady sprawowania **opieki czynnej**. Osoby z zaburzeniami psychicznymi **objęte w CZP opieką czynną mają wyznaczonego koordynatora opieki**. Ustawa określa zasady koordynacji, wymagane kwalifikacje i zadania koordynatora, a także maksymalną liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi objętych wsparciem przez jednego koordynatora. Koordynator opieki nie może udzielać innych świadczeń opieki zdrowotnej (dotyczy określonych godzin, w których wykonuje zadania na stanowisku koordynatora). Komentarz: *Funkcja koordynatora opieki wymaga uregulowania na poziomie ustawowym. Odpowiednie regulacje dotyczące koordynatorów w innych obszarach opieki zdrowotnej zawarte są np. w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej (art. 26 i 27) czy ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej (art. 2 pkt 4 i in.).*	
2.10	Zatrudnianie w CZP **asystentów zdrowienia ma charakter obligatoryjny**. Asystenci zdrowienia są pracownikami działalności podstawowej CZP. Komentarz: *Minister właściwy do spraw zdrowia ogłosił informację o włączeniu kwalifikacji rynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)" do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (M.P. 2022 poz. 581). Stanowi to pierwszy krok we wprowadzaniu nowego zawodu do opieki psychiatrycznej. Przebieg pilotażu wskazuje na konieczność odpowiedniej regulacji ustawowej.*	
2.11	Określony jest **maksymalny termin** udzielenia: ■ pomocy w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym – niezwłocznie po zgłoszeniu ■ świadczenia lekarza psychiatry w przypadku pilnym – 3 dni od zgłoszenia.	

Lp.	Punkty kontrolne	Spełnienie wymagań **(tak/nie)**
3	**Jakość**	
3.1	Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, **standard organizacyjny opieki zdrowotnej w CZP**, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. CZP stosuje standard organizacyjny określony przez ministra właściwego do spraw zdrowia. **Komentarz**: *Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej minister właściwy do spraw zdrowia może określić standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą (art.22 ust. 5). W odniesieniu do CZP określenie standardu organizacyjnego powinno mieć charakter obligatoryjny, a nie fakultatywny.*	
3.2	Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ogłasza w drodze obwieszczenia **zalecenia (rekomendacje) postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w opiece środowiskowej** opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. **Komentarz**: *Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „minister właściwy do spraw zdrowia może ogłosić, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny" (art. 11 ust. 3 i 4).* *Natomiast zgodnie z ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej „minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej, dotyczące organizacji i postępowania klinicznego […] w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mając na względzie ujednolicenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości tej opieki" (art. 24 ust. 1–5).* *W odniesieniu do CZP opracowanie i ogłoszenie rekomendacji powinno mieć charakter obligatoryjny, podobnie jak ma to miejsce w opiece onkologicznej. Inicjowanie opracowania wytycznych (rekomendacji) może być powierzone Krajowemu Ośrodkowi Zdrowia.*	
3.3	**CZP podlegają akredytacji**, której celem jest potwierdzenie spełniania standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania CZP. Akredytacja jest realizowana na zasadach i w trybie określonym w rozdz. 4 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. **Komentarz**: *Rozdział 4 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta pt. Akredytacja w ochronie zdrowia składa się z następujących oddziałów: Oddział 1. Przepisy ogólne; Oddział 2. Procedura oceniająca; Oddział 3. Udzielenie lub odmowa akredytacji; Oddział 4. Rada Akredytacyjna. Poza wskazaniem objęcia akredytacją CZP nie ma potrzeby wprowadzania szczególnych regulacji.*	
3.4	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, **wskaźniki jakości opieki psychiatrycznej**, biorąc pod uwagę specyfikę tej opieki oraz konieczność zapewnienia wysokiej jakości udzielanych świadczeń. Projekt zestawu wskaźników opracowuje Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego we współpracy z odpowiednimi towarzystwami naukowymi. **Komentarz**: *Pomiar jakości opieki zdrowotnej z wykorzystaniem wskaźników jest uregulowany w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (art. 2). Stosowanie wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej, w związku ze specyfiką tego obszaru, wymaga jednak regulacji szczególnych.*	

Lp.	Punkty kontrolne	Spełnienie wymagań **(tak/nie)**
4	**Wojewódzki plan obszarów działania CZP**	
4.1	**Wojewódzki plan obszarów działania CZP sporządza wojewoda**, a zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia. Plan w razie potrzeby podlega aktualizacji. Ustawa określa zasady, tryb i kryteria, którymi kieruje się wojewoda przy sporządzaniu wojewódzkiego planu, a także przy jego aktualizacji. Przy sporządzaniu projektu planu **wojewoda bierze pod uwagę m.in. obszary działania CZP określone w rozporządzeniu** ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów województwa, prezesowi NFZ, wojewódzkiej radzie dialogu społecznego oraz wojewódzkiemu konsultantowi w dziedzinie psychiatrii **do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag** wynoszącym 30 dni. Minister właściwy do spraw zdrowia przed zatwierdzeniem wojewódzkiego planu zasięga opinii Rady do spraw Zdrowia Psychicznego. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewódzki plan **wojewoda ogłasza, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym**. Komentarz: *Powierzenie wojewodzie zadania sporządzenia wojewódzkiego planu obszarów działania CZP umożliwia ominięcie potencjalnego konfliktu interesów, który mógłby mieć miejsce w przypadku powierzenia tego zadania władzom samorządowym (jednostki samorządu terytorialnego są właścicielami podmiotów leczniczych).* *Warto zauważyć, że wojewoda sporządza już m.in. wojewódzki plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego czy wojewódzki plan transformacji, które są zatwierdzane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.*	
4.2	Wojewódzki plan obszarów działania CZP obejmuje m. in.: ■ **obszary działania CZP**; ■ miejscowość lub miejscowości, w których **zlokalizowane są Punkty Zgłoszeniowo-Koordynacyjne**; ■ **podmioty lecznicze, które mogą zapewnić pomoc doraźną i leczenie szpitalne** w przypadku, gdy podmiot leczniczy prowadzący CZP nie posiada w swojej strukturze oddziału psychiatrycznego (potencjalni podwykonawcy).	
4.3	Obszar działania CZP obejmuje **jednostkę/i podziału administracyjnego kraju lub tzw. delegaturę** (dzielnice m. st. Warszawy oraz dawne dzielnice miast: Krakowa, Łodzi, Poznania i Wrocławia). W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców **obszar działania może obejmować określone jednostki pomocnicze gminy lub określone ulice**. Komentarz: *Jest to zgodne z kierunkiem określonym w nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 2015 r. (art. 5a), zgodnie z którym „Podmiot leczniczy prowadzący Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej”.* *Ustawa o samorządzie gminnym przewiduje możliwość tworzenia jednostek pomocniczych, takich jak np. dzielnice, osiedla i in. (art. 5). W dużych miastach funkcjonowanie jednostek pomocniczych jest regułą.*	

4	**Wojewódzki plan obszarów działania CZP**	
4.3 c.d.	*W rozporządzeniu Ministra Zdrowia ws. zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych konieczne będzie wprowadzenie zmian dot. zakresu przekazywanych przez świadczeniodawców danych. Chodzi o przekazywanie poza kodem gminy (TERC) również kodu ulicy (ULIC) i nr budynku – systemu TERYT.*	
4.4	**Liczba mieszkańców pow. 18 r.ż. na obszarze działania CZP** powinna **wynosić od 50 tys. do 150 tys.** Liczba mieszkańców może być mniejsza o 5 tys. od dolnej granicy albo większa o 15 tys. od górnej granicy za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia wydaną po zasięgnięciu opinii Rady Zdrowia Psychicznego na umotywowany wniosek wojewody przed sporządzeniem projektu planu lub projektu jego aktualizacji. Tryb określa ustawa. W przypadku miast pow. 200 tys. mieszkańców pow. 18 r.ż. górna granica mieszkańców obszaru działania CZP może wynosić 200 tys. za zgodą ministra zdrowia na analogicznych zasadach jw. Komentarz: *Doświadczenie pilotażu CZP pokazuje, że duża liczba mieszkańców (np. sięgająca 200 tys.) powoduje utrudnienia w funkcjonowaniu CZP i pociąga za sobą potrzebę funkcjonalnego podziału jego działalności. Dlatego granica 150 tys. mieszkańców powinna być przekraczana wyjątkowo. Z ustawy powinna wynikać silna rekomendacja dla wojewodów na rzecz tworzenia w miastach/dzielnicach liczących 180–250 tys. mieszkańców mniejszych obszarów działania CZP obejmujących jednostki pomocnicze gminy lub określone ulice.*	

Lp.	**Punkty kontrolne**	Spełnienie wymagań **(tak/nie)**
5	**Zawieranie umów**	
5.1	Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP zawierane są **w trybie rokowań**. Wprowadza się regulacje szczególne dotyczące tych postępowań. Celem postępowania jest wybór najkorzystniejszej oferty zapewniającej kompleksową i zintegrowaną opiekę psychiatryczną realizowaną w pięciu podstawowych formach pomocy: **doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej i szpitalnej dla osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP**. **Szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu ws. zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP** określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia. Komentarz: *Zgodnie z art. 143 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań następuje w przypadkach określonych w ustawie. Przypadki te określa art. 144. Konieczne jest dodanie kolejnej przesłanki – postępowania ws. zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP.* *Ponieważ w modelu opieki środowiskowej obowiązuje w całym kraju jednolita stawka roczna na osobę a umowa nie określa liczby udzielanych świadczeń – kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty nie jest cena ani liczba świadczeń, lecz przede wszystkim jej wartość merytoryczna. To m.in. powoduje konieczność przyjęcia kilku regulacji szczególnych.* *Szczegółowe kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty określi odrębne rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia. Obecnie obowiązujące rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na treść delegacji ustawowej, nie jest właściwe do uregulowania tej kwestii.*	

5	**Zawieranie umów**	
5.2	W postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP **uwzględnia się wytyczne zatwierdzonego wojewódzkiego planu obszarów działania CZP, w odniesieniu do obszaru terytorialnego objętego danym postępowaniem**, tj. obszaru działania CZP oraz lokalizacji PZK i ewentualnych podwykonawców w zakresie pomocy doraźnej i szpitalnej.	
5.3	**W celu przeprowadzenia rokowań, po zamieszczeniu ogłoszenia, NFZ wysyła zaproszenia do podmiotów leczniczych**, które w dniu wejścia w życie ustawy udzielały świadczeń opieki psychiatrycznej (bez leczenia uzależnień) obejmujących **co najmniej trzy formy pomocy** spośród pięciu form, o których mowa art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (doraźna [izba przyjęć], ambulatoryjna, dzienna, środowiskowa i szpitalna). Miejsce udzielania tych świadczeń powinno być zlokalizowane na obszarze działania, dla którego prowadzone jest postępowanie, określone w zatwierdzonym wojewódzkim planie obszarów działania CZP, z zastrzeżeniem dot. pomocy doraźnej i szpitalnej (patrz pkt 2.2). **W przypadku braku podmiotów spełniających powyższe warunki zaproszenia wysyłane są do podmiotów**, które udzielały świadczeń obejmujących **dwie formy pomocy** (na dzień wejścia ustawy w życie).	
5.4	W przypadku **ofert uznanych** w wyniku postępowania **za równorzędne** w odniesieniu do kryteriów oceny, **umowę zawiera się z podmiotem, który był realizatorem programu pilotażowego** w CZP (jeśli dotyczy).	

Lp.	**Punkty kontrolne**	Spełnienie wymagań **(tak/nie)**
6	**Ryczałt na populację**	
6.1	Wprowadza się **dwa sposoby finansowania CZP**: 1. **ryczałt na populację**; 2. **płatność za wykonane świadczenia** opieki zdrowotnej. Ryczałt na populację jest sposobem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej udzielanych przez CZP osobom pow. 18 r.ż. zamieszkałym na jego obszarze działania. Płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej dotyczy świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom niezamieszkałym na obszarze działania (w tym udzielonych na podstawie przepisów UE o koordynacji). Płatność za wykonane świadczenia dotyczy także wybranych świadczeń z zakresu leczenia uzależnień niezależnie od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy. Wykaz świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych płatnością za wykonane świadczenie (finansowanych poza ryczałtem) jest określony w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (rozporządzenie koszykowe).	

6	**Ryczałt na populację**	
6.2	**Ryczałt na populację obejmuje** zakres świadczeń psychiatrycznych CZP określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (rozporządzenie koszykowe)	
6.3	**Ryczałt na populację nie obejmuje**: ■ świadczeń z zakresu leczenia uzależnień; ■ świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży; ■ świadczeń psychiatrii sądowej; ■ świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz ■ świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Ryczałt na populację nie obejmuje także świadczeń wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej realizowanej w formie specjalistycznych programów zdrowotnych oraz świadczeń udzielanych przez uniwersyteckie kliniki psychiatryczne znajdujące się w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia i posiadające odrębne umowy z NFZ (patrz punkt 1.3)	
6.4	**Ryczałt na populację stanowi iloczyn** liczby osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP i stawki rocznej na osobę. W stosunku do **mieszkańców domów pomocy społecznej** dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie zlokalizowanych na obszarze działania Centrum **stawka roczna na osobę jest zwiększana 3,1-krotnie**. **Nie różnicuje się ryczałtu** na populację w zależności od tego, **czy CZP posiada oddział szpitalny w swojej strukturze czy też go nie posiada**. CZP nieposiadające w swojej strukturze oddziału szpitalnego musi mieć zawartą umowę na podwykonawstwo w zakresie opieki szpitalnej. Przez liczbę świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia zamieszkałą na obszarze działania Centrum rozumie się liczbę świadczeniobiorców powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP, według stanu na dzień 31 grudnia dwa lata wstecz, ustaloną przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. W przypadku braku możliwości określenia tej liczby przez Prezesa GUS (np. gdy obszar działania CZP jest mniejszy niż jednostka podziału terytorialnego kraju) – przyjmuje się liczbę określoną przez burmistrza, prezydenta miasta lub starostę powiatu właściwego dla obszaru działania CZP na wniosek właściwego dyrektora OW NFZ. Liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej, o których mowa wyżej, ustala się według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, na który jest określana wysokość ryczałtu na populację. Liczbę tę ustala dyrektor OW NFZ na podstawie danych uzyskanych od dyrektorów domów pomocy społecznej.	
6.5	**Stawka roczna za osobę podlega zwiększeniu proporcjonalnemu do wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej**, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, określonych w planie finansowym NFZ. Stawka roczna i ryczałt na populację podlega **aktualizacji w okresach półrocznych**. Ustawa określa mechanizm korekty rocznej następującej po ustaleniu ostatecznego planu finansowego NFZ na dany rok.	

6	**Ryczałt na populację**	
6.6	Z początkiem roku następującego po upływie 5 lat od wejścia w życie ustawy **wprowadza się zróżnicowane stawki rocznej na osobę pomiędzy poszczególnymi obszarami działania CZP** uwzględniając: ■ wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych; ■ wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń udzielanych osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi; ■ ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej (dot. tzw. ciężkich zaburzeń psychicznych), w porównaniu z grupą odniesienia. Po wprowadzeniu powyższego zróżnicowania – stawka roczna na osobę w danym roku **nie może być niższa niż wysokość** tej stawki w ostatnim okresie roku poprzedniego po uwzględnieniu zwiększenia zgodnie z zasadami, o których mowa wyżej (patrz pkt 6.5). Minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia szczegółowy tryb i kryteria ustalania stawki rocznej na osobę, w tym odpowiedni algorytm. **Komentarz**: *Proponowane rozwiązanie jest wzorowane na mechanizmie podziału środków na województwa określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 118 ust. 3 tej ustawy liczbę ubezpieczonych w danym oddziale wojewódzkim dzieli się na grupy według wieku i płci, natomiast ze świadczeń zdrowotnych wydziela się dwie grupy świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeń specjalistycznych i pozostałych. Algorytm podziału środków bierze zatem pod uwagę liczbę ubezpieczonych z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego określonych grup ubezpieczonych w zakresie danej grupy świadczeń w porównaniu z grupą odniesienia.* *W proponowanym rozwiązaniu w miejsce świadczeń specjalistycznych z mechanizmu podziału środków na województwa wprowadza się świadczenia psychiatryczne udzielane osobom z tzw. ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.* *Ciężkie zaburzenia psychiczne (ang.: severe mental disorders, severe mental illness, serious mental illness) wg WHO obejmują w szczególności takie zaburzenia, jak: schizofrenia, zaburzenia afektywne dwubiegunowe czy ciężkie zaburzenia depresyjne. Mają one zazwyczaj przewlekły przebieg i są często przyczyną znacznej niepełnosprawności. Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi żyją średnio krócej o 10–20 lat niż ogół populacji. W publikacjach Komisji Europejskiej podkreśla się, że zapewnienie długoterminowej opieki psychiatrycznej dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest jednym z głównych wyzwań dla reformy systemów ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych krajach.*	
6.7	**CZP finansuje koszty świadczeń** z zakresu świadczeń psychiatrycznych CZP (patrz punkt 6.2) udzielonych osobom pow. 18 r.ż. zamieszkałym na jego obszarze działania przez CZP działające na innych obszarach działaniach (tzw. migracje pacjentów). **W takiej sytuacji NFZ pomniejsza odpowiednio w odstępach miesięcznych kwotę ryczałtu na populację**. Dyrektor OW NFZ przekazuje podmiotowi leczniczemu prowadzącemu CZP szczegółową informację o kwocie pomniejszenia, w tym o liczbie i wartości poszczególnych produktów rozliczeniowych udzielonych przez poszczególnych świadczeniodawców przed dokonaniem pomniejszenia. Kwota pomniejszenia dotyczy wyłącznie świadczeń z zakresu objętego ryczałtem na populację.	

6	**Ryczałt na populację**	
6.7 c.d.	Komentarz: *Stanowi to kontynuację rozwiązań stosowanych w okresie pilotażu CZP. Pomniejszenie ryczałtu dotyczy jedynie świadczeń udzielonych przez CZP działające na innych obszarach działania. Zakłada się, że wdrożenie zmian systemowych po zakończeniu pilotażu CZP doprowadzi do realizacji jednej umowy na obszarze działania zawartej z podmiotem prowadzącym CZP. Pozostałe placówki opieki psychiatrycznej otrzymają gwarancję kontynuacji udzielania świadczeń na dotychczasowych warunkach w ramach umowy o podwykonawstwo.* *Warto podkreślić, że NFZ będzie zawierał umowy w zakresie opieki psychiatrycznej wyłącznie z CZP. Zastrzeżenie to nie dotyczy specjalistycznych programów zdrowotnych, uniwersyteckich klinik psychiatrycznych, psychiatrii sądowej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.*	
6.8	**CZP otrzymuje w okresach miesięcznych płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej finansowane poza ryczałtem**, w tym udzielone świadczeniobiorcom zamieszkującym poza obszarem działania Centrum oraz wybrane świadczenia leczenia uzależnień określone w rozporządzeniu koszykowym. Roczna wartość tych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom nowo objętym opieką lub objętym opieką po rocznej przerwie **po 31 grudnia 2024 r. – nie może przekroczyć 10% rocznej wartości ryczałtu na populację** bez pomniejszeń. Ograniczenie to nie obejmuje wybranych świadczeń leczenia uzależnień (patrz pkt 6.1). Komentarz: *Ograniczenie to nie dotyczy pacjentów, którzy kontynuują leczenie w CZP i u jego podwykonawców lub gdy przerwa w ich leczeniu była krótsza niż 12 miesięcy.*	
6.9	Przy rozliczaniu świadczeń, o których mowa wyżej (pkt 6.7 i 6.8) przyjmuje się **ceny jednostkowe dla poszczególnych świadczeń ustalone na dany rok przez prezesa NFZ w uzgodnieniu z reprezentatywnymi organizacjami zrzeszającymi podmioty lecznicze prowadzące CZP** w terminie do 31 grudnia roku poprzedniego. Reprezentatywnymi są organizacje zrzeszające co najmniej 30% podmiotów leczniczych prowadzących CZP. Ustawa określa tryb, terminy poszczególnych etapów i zasady procesu negocjacji. W przypadku braku uzgodnienia w terminie, o którym mowa wyżej, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ceny jednostkowe dla poszczególnych świadczeń na dany rok, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów z CZP.	
6.10	Środki przekazywane przez NFZ w ramach umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym CZP (ryczałt na populację po pomniejszeniach + płatności za wykonane świadczenia) co najmniej w 95% w okresie rocznym mogą być przeznaczone wyłącznie na: ■ koszty funkcjonowania CZP, w tym amortyzację środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych; ■ podatki, opłaty i inne obowiązkowe obciążenia. Niewykorzystane środki otrzymane z NFZ powyżej 5% łącznej otrzymanej kwoty w okresie rocznym podlegają zwrotowi w okresie 6 miesięcy po zakończeniu roku. Komentarz: *Finansowanie w drodze ryczałtu na populację wymaga wprowadzenia zasady, że środki publiczne otrzymywane w ramach umowy z NFZ są przeznaczone na finansowanie kosztów funkcjonowania CZP. Pozostawienie marginesu 5% łącznej kwoty do dyspozycji podmiotu prowadzącego wynika z potrzeby zachowania racjonalności ekonomicznej.*	

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz.U. z 2017 r., poz. 458).
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz.U. z 2023 r., poz. 2480).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 875 ze zm.).
5. Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Instytut Psychiatrii i Neurologii. *Raporty końcowe w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za lata: 2018, 2019, 2020, 2021.*
6. Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego – założenia projektu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2020.
7. Anczewska M, Balicki M, Droździkowska A, Gorczyca P, Janus J, Paciorek S, Plisko R, Zięba M. *Analiza świadczeń psychiatrycznych dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009–2018*. Psychiatr. Pol. 2022; 56(4): 729-749.
8. Balicki M, Fiutak A, Gardocka T. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz.* Warszawa 2024.
9. Balicki M. *Analiza udzielonych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w pierwszym okresie funkcjonowania pilotażu*. Materiały z konferencji Biura do spraw Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2 października 2020 r.
10. Balicki M. *O pilotażu w Centrach Zdrowia Psychicznego*. Psychiatria po Dyplomie 2020; 4, 5, 6.
11. Biechowska D, Cechnicki A, Godyń J, Balicki M, Wciórka J, Ciuńczyk I, Galińska-Skok B. *Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego*. Psychiatr. Pol. 2022; 56(2): 205–216.
12. Cechnicki A, Nowak A, Arciszewska-Leszczuk A, Stankiewicz P, Kalisz A, Hat M. *Obciążenie opiekunów osób chorujących na schizofrenię a nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcja z leczenia pacjentów leczonych w ZLŚ*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(1): 19–33.
13. Cechnicki A, Bielańska A. *Wpływ wczesnej psychospołecznej interwencji na odległe kliniczne wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(1): 45–61.
14. Cechnicki A, Liberadzka A. *Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 995–1005.
15. Hat M, Arciszewska-Leszczuk A, Cechnicki A. *Satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w modelu pilotażowym i opiece tradycyjnej.* Psychiatr. Pol. 2023; 57(1): 35-50.
16. Johne J, Peter von S, Schwarz J, Timm J, Heinze M, Ignatyev Y. *Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – Assessment and preliminary validation of specific program components*. BMC Psychiatry 2018; 18: 278. DOI: 10.1186/ s12888-018-1861-1
17. Kiejna A, Zięba M, Cichoń E, Paciorek S, Janus J, Gondek TM. *Ocena realizacji psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych z okresu przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu pilotażowych centrów zdrowia psychicznego w Polsce z wykorzystaniem wskaźników monitorujących*. Psychiatr. Psychiatr. Pol. 2023; 57(6): 1213–1229.
18. Lisiecka-Biełanowicz M, Biechowska D, Molenda B. *Funkcjonowanie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w Polsce w czasie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(3): 637–645.
19. Peter von S, Ignatyev Y, Johne J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B i wsp. *Evaluation of flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – A mixed-method patient and stafforiented exploratory study.* Front. Psychiatry 2019; 9: 785. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00785

20. Pieters G, Ruud T, Weeghel van J, Bähler M, Murphy B, Shields-Zeeman L, Keet R. *Zdrowienie dla wszystkich w społeczności lokalnej. Ucząc się od siebie nawzajem. Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego*. Warszawa: Instytut psychiatrii i Neurologii; 2021.
21. Pużyński S, Namysłowska I. *Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (4): 517-520.
22. Sagan A, Kowalska-Bobko I, Biechowska D, Rogala M, Gałązka-Sobotka M. I*mplementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 5774. DOI: 10.3390/ijerph19095774
23. Schwarz J, Cechnicki A, Godyń J, Galbusera L, Biechowska D, Galińska-Skok B, Ciuńczyk I, Ignatyev Y, Muehlensiepen F, Soltmann B, Timm J, Peter Sv, Balicki M, Wciórka J and Heinze M. *Flexible and Integrative Psychiatric Care Based on a Global Treatment Budget: Comparing the Implementation in Germany and Poland*. Front. Psychiatry 2022, 12:760276. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.760276.
24. Sowers WE, McQuistion HL, Ranz JM, Feldman JM, Runels PS (Eds). *Textbook of Community Psychiatry. American Association for Community Psychiatry. Second Edition*. Cham: Springer, 2022.
25. Thornicroft G, Szmukler G, Mueser KT. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford – New York 2011.
26. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej opieki psychiatrycznej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.
27. Van Os J, Scheepers F, Milo M, Ockeloen G, Guloksuz S, Delespaul P. *"It has to be better, otherwise we will get stuck." A Review of Novel Directions for Mental Health Reform and Introducing Pilot Work in the Netherlands*. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2023; 19. DOI: 10.2174/0117450179271206231114064736
28. Wciórka J. (red.) *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014.
29. Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9(3): 319–337.
30. Wciórka J, Świtaj P, Anczewska M. *The sense of empowerment in the early stage of recovery from psychosis* Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches 2015; 7(3): 249-260, DOI: 10.1080/17522439.2014.910253
31. Załuska M. *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(4): 277–285.

Warszawa, 27 stycznia 2025 r.

KONGRES ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Porozumienie na Rzecz POZP

Rekomendacje Grupy roboczej

Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w sprawie zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych

Część 2.

Rekomendacje w sprawie zmiany terminu zakończenia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego

Grupa robocza rekomenduje:

1. Zmianę terminu zakończenia programu pilotażowego na dzień 31 grudnia 2025 r.

2. Przygotowanie w terminie do końca lutego br. szczegółowego harmonogramu prac koniecznych do wprowadzenia zmian systemowych w psychiatrycznej opiece dla dorosłych po zakończeniu programu pilotażowego, tj. z dniem 1 stycznia 2026 r.

3. Rozliczenie (spłatę) pomniejszeń, o których mowa w § 21 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (rozporządzenie pilotażowe) za ostatni okres rozliczeniowy programu pilotażowego - w terminie 12 miesięcy od dnia przekazania świadczeniodawcy prowadzącemu centrum przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ szczegółowej informacji o kwocie pomniejszenia za ostatni okres rozliczeniowy. W konsekwencji tej propozycji ostateczne rozliczenie umów o realizację programu pilotażowego z tytułu pomniejszeń, o którym mowa w § 21 ust. 5 rozporządzenia pilotażowego powinno nastąpić również w terminie 12 miesięcy od dnia przekazania świadczeniodawcy prowadzącemu centrum przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ szczegółowej informacji o kwocie pomniejszenia za ostatni okres rozliczeniowy.

Pkt 1 i 3 rekomendacji wymagają odpowiedniej zmiany rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (§ 4 i § 21). ■

Uzasadnienie

W dniu 4 grudnia 2024 r. minister zdrowia powołała Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Mimo upływu dwóch miesięcy nie rozstrzygnięto kluczowych kwestii dotyczących organizacji i finansowania systemu po zakończeniu pilotażu w centrach zdrowia psychicznego ani nie przygotowano projektów odpowiednich aktów prawnych i innych koniecznych dokumentów.

Okres pięciu miesięcy, jaki pozostał do rozpoczęcia funkcjonowania nowego systemu, jest w zaistniałej sytuacji niewystarczający do odpowiedniego przygotowania i wdrożenia mających nastąpić zmian systemowych. W związku z tym Grupa robocza rekomenduje wydłużenie tego czasu o sześć miesięcy i przygotowanie w krótkim czasie szczegółowego harmonogramu koniecznych prac.

Konieczność wydłużenia terminu rozliczenia (spłaty) pomniejszeń ryczałtu na populacje z tytułu migracji pacjentów za ostatni okres rozliczeniowy programu pilotażowego wynika z potrzeby uniknięcia prawdopodobnych problemów finansowych, jakie mogą dotknąć wiele podmiotów prowadzących centra zdrowia psychicznego. Zgodnie z obecnie obwiązującymi regulacjami w ostatnim okresie rozliczeniowym zostaną dokonane zarówno potrącenia z tytułu pomniejszeń za poprzedni okres, jak i planowane pomniejszenia za okres bieżący. Potwierdzają to ostatnie pisma dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ skierowane do podmiotów prowadzących centra.

Kumulacja pomniejszeń za dwa okresy rozliczeniowe w jednym czasie niekorzystnie wpłynie na sytuację finansową placówek, co może zagrozić prawidłowemu funkcjonowaniu centrów i w konsekwencji odbić się na sytuacji pacjentów. W związku z powyższym niezbędne jest wprowadzenie rozwiązań minimalizujących negatywne skutki finansowe dla placówek, aby zapewnić pacjentom stabilną i nieprzerwaną opiekę psychiatryczną.

Proponowane wydłużenie terminu spłaty jest neutralne dla finansów NFZ.

Ponadto, w ocenie Grupy roboczej, po zakończeniu programu pilotażowego, konieczna jest weryfikacja rozliczania niewykorzystanych środków zwracanych NFZ przez podmioty prowadzące centrum, o których mowa w § 24 ust. 2 rozporządzenia pilotażowego. Przy rozliczaniu niewykorzystanych środków kwoty pomniejszeń (z tytułu migracji) powinny być zakwalifikowane, zgodnie z ich charakterem, jako koszty związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Alternatywnie - kwoty dokonanych pomniejszeń (z tytułu migracji) mogą być odjęte od środków przekazanych przez NFZ, o których mowa w § 24 ust. 2 rozporządzenia pilotażowego, branych pod uwagę przy rozliczeniu. Weryfikacja powinna być przeprowadzona przez oddziały wojewódzkie NFZ „z urzędu” w terminie jednego miesiąca po zakończeniu programu pilotażowego. ■

Warszawa, 30 stycznia 2025 r.

KONGRES ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Porozumienie na Rzecz POZP

Rekomendacje Grupy roboczej

Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w sprawie zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych

Część 3.

Standard organizacyjny Centrum Zdrowia Psychicznego

Standard organizacyjny *Centrum Zdrowia Psychicznego*

stanowi trzecią część rekomendacji dotyczących najistotniejszych elementów modelu środowiskowego, który ma być wprowadzony po zakończeniu pilotażu CZP.
Standard został opracowany przez Grupę Roboczą Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na Rzecz Realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na podstawie doświadczeń pilotażu i zgromadzonych dotąd analiz empirycznych.

Pozostałe dwie części rekomendacji to:

Część 1 *„Lista kontrolna dotycząca rozwiązań ustawowych”, która obejmuje problematykę organizacji finansowania wymagających regulacji na poziomie ustawy (27.1.2025).*

Część 2 *zawierająca rekomendacje sprawie terminu zakończenia końcowego rozliczenia umów pilotażowych (30.1.2025).*

Standard organizacyjny CZP

1. Słowniczek

1.1. Asystent środowiskowy (terapeuta środowiskowy) – osoba posiadająca co najmniej wykształcenie średnie, która ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej zgodnie z zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programem szkolenia z zakresu terapii środowiskowej. Asystent środowiskowy jest pracownikiem działalności podstawowej.

Osoba zatrudniona na stanowisku terapeuty środowiskowego w chwili wejścia w życie standardu organizacyjnego w centrum zdrowia psychicznego, zwanego dalej CZP, posiadająca wiedzę i umiejętności w zakresie terapii środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzoną zaświadczeniem wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonuje obowiązki na stanowisku terapeuty środowiskowego, jest zobowiązana do ukończenia ww. szkolenia w terminie dwóch lat od wejścia w życie standardu organizacyjnego CZP.

Uwagi: *Rekomenduje się wpisanie asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowego) na listę zawodów medycznych wymienionych w art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy o niektórych zawodach medycznych wraz z 5-letnim okresem na spełnienie wymagań wynikających z tej ustawy.*

1.2. Asystent zdrowienia – osoba z doświadczeniem ciężkiego zaburzenia psychicznego udzielająca wsparcia osobom znajdujących się w kryzysie zdrowia psychicznego oraz ich rodzinom i bliskim, posiadająca ważny certyfikat, o którym mowa w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie włączenia kwalifikacji rynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)" do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji; asystent zdrowienia jest pracownikiem działalności podstawowej – w formach pomocy: ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i szpitalnej.

W okresie 5 lat od wejścia w życie standardu organizacyjnego w CZP w odniesieniu do osób nieposiadających certyfikatu dopuszcza się potwierdzenie ich wiedzy i umiejętności w zakresie wymaganym od asystenta zdrowienia zaświadczeniem wydanym przez kierownika CZP.

1.3. Bliski dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej nie dalej niż w sąsiednim powiecie w stosunku do miejsca udzielania świadczeń.

1.4. Koordynator opieki – osoba zatrudniona w ramach działalności podstawowej CZP, która ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej dla kandydatów na stanowisko asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowego) lub:

- psycholog,
- osoba prowadząca psychoterapię,
- pracownik socjalny,
- pielęgniarka,
- terapeuta zajęciowy,
- osoba, która posiada certyfikat specjalisty terapii środowiskowej wydany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

1.5. Lekarz specjalista – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

1.6. Lekarz trakcie specjalizacji – lekarz, który:

- rozpoczął specjalizację z psychiatrii w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych, albo
- ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych psychiatrycznych.

1.7. Mieszkaniec – osoba powyżej 18. roku życia zamieszkała na obszarze działania CZP.

1.8. Moduł podstawowy – zespół komórek organizacyjnych CZP posiadających tę samą lokalizację, który składa się z:

- poradni zdrowia psychicznego z punktem zgłoszeniowo-koordynacyjnym,
- zespołu leczenia środowiskowego (domowego) oraz
- oddziału dziennego psychiatrycznego.

1.9. Osoba prowadząca psychoterapię – osoba, o której mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1, 3, 4 i 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

1.10. Osoba prowadząca terapię zajęciową – osoba, o której mowa w § 2 pkt 6 lit. a-e rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (rozporządzenie koszykowe).

1.11. Pomoc (opieka) czynna – aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego, w tym koordynatora opieki, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku. Pomoc czynna obejmuje wsparcie, leczenie (psychoterapia i farmakoterapia) i rehabilitację (psychiatryczną, społeczną i zawodową).

1.12. **Przypadek pilny** – przypadek wymagający koniecznie niezwłocznego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.

1.13. **Superwizja CZP** – indywidualne lub grupowe konsultacje terapeutów i zespołów terapeutycznych dotyczące prowadzonego wsparcia i terapii. Superwizja jest prowadzona przez osoby dysponujące odpowiednimi kompetencjami i doświadczeniem.

Uwagi: *W terminie 2 lat od wejścia niniejszego rozporządzenia powinien zostać opracowany i wprowadzony proces certyfikacji superwizorów CZP.*

1.14. **CZP** – centrum zdrowia psychicznego

1.15. **PZK** – punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny.

1.16. **ZLŚ** – zespół leczenia środowiskowego (domowego).

2. Regulacje ogólne

2.1. W zakresie pomocy udzielanej mieszkańcom CZP współpracuje z innymi podmiotami, w szczególności z lokalnymi organami pomocy społecznej, placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i specjalistycznej opieki zdrowotnej, placówkami aktywizacji zawodowej, szkołami, organizacjami i stowarzyszeniami obywatelskimi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, pracodawcami, a także z grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin. Współpraca ta może polegać m.in. na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego mieszkańców, w tym promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

2.2. Pomoc doraźna w ramach CZP, w szczególności poza godzinami pracy PZK, jest udzielana w warunkach działu przyjęć oddziału psychiatrycznego lub izby przyjęć psychiatrycznej.

2.3. Pomoc CZP może być – w zależności od potrzeb – w uzasadnionych przypadkach świadczona w formie zdalnej (za pośrednictwem systemów teleinformatycznych).

2.4. Wybrane elementy programów terapeutycznych realizowanych w CZP, w szczególności w warunkach dziennych, ambulatoryjnych i środowiskowych mogą odbywać się poza miejscem udzielania świadczeń lub poza miejscem zamieszkania pacjenta.

2.5. Zalecanymi formami pomocy terapeutycznej w CZP są oparte na dowodach naukowych krótkoterminowe interwencje psychoterapeutyczne, terapie grupowe, interwencje systemowe, psychoedukacja dla pacjentów i ich rodzin, treningi kompetencji społecznej.

2.6. Podmiot prowadzący zapewnia zespołom terapeutycznym CZP superwizję indywidualną i grupową prowadzoną przez superwizora CZP.

2.7. CZP współpracuje z lekarzami rodzinnymi i lekarzami innych specjalności w zakresie wynikającym z potrzeb zdrowotnych pacjenta w celu poprawy i utrzymania zdrowia somatycznego pacjentów.

2.8. CZP promuje zachowania prozdrowotne w szczególności poprzez prowadzenie programów edukacyjnych lub konsultacji indywidualnych.

3. Struktura organizacyjna centrum zdrowia psychicznego (CZP)

3.1. W skład CZP wchodzą następujące komórki organizacyjne potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – część VIII kodu resortowego (co najmniej jedna w każdym z niżej wymienionych rodzajów):

3.1.1. Poradnia zdrowia psychicznego – 1700 (PZP);

Uwagi: *Wskazane jest wprowadzenie dodatkowego kodu dla PZP z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym – np. 1720 (PZP z PZK);*

3.1.2. Zespół leczenia środowiskowego (domowego) – 2730;

3.1.3. Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny) – 2700 (dalej: oddział dzienny);

3.1.4. Oddział psychiatryczny – 4700, zastrzeżeniem pkt 3.9.

3.2. W skład CZP mogą wchodzić inne komórki organizacyjne udzielające świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej, np. hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także komórki niewchodzące w skład modułu podstawowego, np. dodatkowe PZP – w zależności od potrzeb.

3.3. Komórki organizacyjne wchodzące w skład CZP są zlokalizowane na obszarze działania centrum, z zastrzeżeniem pkt 3.6.

3.4. Moduł podstawowy (PZP z PZK, ZLŚ i oddział dzienny) znajduje się w miejscowości wskazanej w wojewódzkim planie obszarów działania CZP sporządzonym przez wojewodę jako siedziba PZK.

3.5. Na jeden moduł podstawowy CZP nie powinno przypadać więcej niż 80 tys. mieszkańców.

3.6. Oddział psychiatryczny oraz miejsce udzielania pomocy doraźnej mogą być zlokalizowane w warunkach bliskiego dostępu w przypadku, gdy:

3.6.1. oddział psychiatryczny oraz miejsce udzielania pomocy doraźnej zapewnia podwykonawca;

3.6.2. podmiot prowadzący CZP prowadzi dwa CZP.

3.7. Liczbę miejsc pobytu dziennego w CZP (oddział dzienny) ustala się w zależności od potrzeb, jednak nie mniej niż 15 miejsc na 80 tys. mieszkańców (+/- 10%). Dodatkowy oddział dzienny może być utworzony poza lokalizacją modułu podstawowego.

3.8. Liczbę łóżek w oddziale psychiatrycznym ustala się w zależności od potrzeb, jednak nie powinno ich być mniej niż 25 na 100 tys. mieszkańców.

W przypadku:

- funkcjonowania na obszarze działania CZP lub w bliskim dostępie oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) (kod resortowy - 4742), lub
- działającego w ramach CZP hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- kryzysowego (kod resortowy – 2720),

liczba łóżek w oddziale psychiatrycznym nie powinna być mniejsza niż 20 na 100 tys. mieszkańców.

Uwagi: *Rekomenduje się odstąpienie od ustalania minimalnej liczby łóżek w oddziale psychiatrycznym lub ich weryfikację po upływie 5 lat od wejścia w życie standardu organizacyjnego w CZP.*

3.9. W przypadku gdy podmiot prowadzący CZP nie posiada oddziału psychiatrycznego świadczenia tego oddziału i pomocy doraźnej zapewnia podwykonawca.

Uwagi: *Wskazane jest ustawowe uregulowanie zasad zawiera umów na podwykonawstwo (patrz Rekomendacje Grupy Roboczej Cz. 1).*

3.10. Miejsce udzielania pomocy doraźnej, w zależności od rodzaju szpitala, w którym mieści się oddział psychiatryczny CZP, znajduje się w:

- w dziale przyjęć oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym albo
- w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego.

3.11. Pomieszczenia i urządzenia komórek organizacyjnych CZP odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Dodatkowe wymagania przedstawione są pkt. 3.12-3.15

3.12. W ramach modułu podstawowego organizuje się jeden wspólny gabinet zabiegowy.

3.13. Liczba gabinetów lekarskich i psychologicznych oraz pokojów do rozmów indywidualnych w PZP, ZLŚ i oddziale dziennym powinna odpowiadać potrzebom. PZP i ZLŚ powinny dysponować co najmniej jednym wspólnym pomieszczeniem na spotkania grupowe (terapia grupowa, psychoedukacja i in.) niezależnie od pomieszczeń oddziału dziennego i PZK.

3.14. W ramach modułu podstawowego CZP wydziela się pomieszczenie o charakterze socjalnym dla osób korzystających z pomocy CZP, funkcjonujące w godzinach pracy PZP z PZK. Zapewniona jest możliwość sporządzania ciepłych napojów dla osób z niego korzystających.

3.15. Oddział dzienny posiada pomieszczenia do terapii grupowej oraz do terapii zajęciowej.

3.16. Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy spełnia minimalne standardy dotyczące pomieszczeń na zasadach analogicznych jak w przypadku mieszkań treningowych lub wspomaganych.

4. Personel CZP

4.1. Liczba i kwalifikacje osób wykonujących zawód medyczny w CZP niezbędnych dla zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej są ustalane z uwzględnieniem potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnej opieki psychiatrycznej, wynikających w szczególności z liczby oraz struktury demograficznej i społecznej mieszkańców.

4.2. Łączna liczba osób zatrudnionych w CZP w ramach działalności podstawowej stanowi sumę osób zatrudnionych w komórkach organizacyjnych CZP oraz komórkach organizacyjnych podwykonawców. Liczba ta nie może być mniejsza niż równoważnik 0,7 etatu przeliczeniowego na 1000 mieszkańców.

4.3. Przekazywana NFZ dostępność godzinowa (tygodniowo) jednej osoby wchodzącej w skład personelu medycznego, określa się w jednym harmonogramie dla wszystkich zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez CZP łącznie.

4.4. W komórkach organizacyjnych modułu podstawowego minimalny wymiar zatrudnienia w niektórych zawodach personelu działalności podstawowej wynosi (w równoważnikach etatu):

- 3 etaty lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji, w tym co najmniej 1,5 etatu lekarza specjalisty;
- 3 etaty psychologów, w tym co najmniej 1 etat specjalisty psychologii klinicznej lub osoby, która rozpoczęła specjalizację w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego;
- 5 etatów osób prowadzących psychoterapię, w tym co najmniej 1 etat osoby posiadającej certyfikat lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii;
- 2,5 etatu pielęgniarki, w tym co najmniej 1 etat pielęgniarki psychiatrycznej
- 3 etaty asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowego);
- 2 etaty asystenta zdrowienia
- 1 etat osoby prowadzącej terapię zajęciową;
- 1 etat pracownika socjalnego;

4.5. Na oddziale dziennym niewchodzącym w skład modułu podstawowego minimalny wymiar zatrudnienia w niektórych zawodach medycznych w przeliczeniu na 15 miejsc wynosi (w równoważnikach etatu):

- 0,5 etatu lekarza specjalisty;
- 2 etaty psychologów lub osób prowadzących psychoterapię, w tym co najmniej 1 etat osoby posiadającej certyfikat lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii;
- 1 etat osoby prowadzącej terapię zajęciową;
- 1 etat pielęgniarki.

4.6. W hostelu kryzysowym dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagane jest zapewnienie całodobowej obsady co najmniej jednej osoby personelu działalności podstawowej z wyłączeniem asystentów zdrowienia, a w normalnych godzinach pracy ponadto co najmniej 1 etatu przeliczeniowego psychologa.

4.7. Na oddziale psychiatrycznym minimalny wymiar zatrudnienia w niektórych zawodach w działalności podstawowej w przeliczeniu na 25 łóżek wynosi (w równoważnikach etatu):

- 2 etaty lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji, w tym co najmniej 1 etat lekarza specjalisty;
- 2 etaty psychologa;
- 1 etat osoby prowadzącej terapię zajęciową;
- 1 etat asystenta zdrowienia

4.8. Na oddziale psychiatrycznym zapewnione jest całodobowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń. Poza normalnymi godzinami pracy udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, przez lekarza jest zapewnione w ramach wyodrębnionego na potrzeby CZP dyżuru medycznego, z zastrzeżeniem pkt 4.9.

4.9. Jeżeli podmiot prowadzący CZP posiada w tej samej lokalizacji:

- inny oddział psychiatryczny niewchodzący w skład CZP lub
- oddział leczenia uzależnień

lekarz pełniący wyodrębniony dyżur medyczny w CZP może poza normalnymi godzinami pracy zapewniać opiekę lekarską na tych oddziałach pod warunkiem, że łączna liczba łóżek objętych dyżurem nie wynosi więcej niż 60, a średnie wykorzystanie tych łóżek w poprzednim okresie rozliczeniowym nie przekroczyło 100%.

5. Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK)

5.1. PZK organizuje się w ramach poradni zdrowia psychicznego. PZK jest czynny w godzinach od 8:00 do 18:00 co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy. Każdy PZK posiada do wyłącznej dyspozycji co najmniej dwa numery telefoniczne oraz skrzynkę mailową, do której dostęp mają osoby wykonujące zadania w PZK. Na jeden PZK nie powinno przypadać więcej niż 80 tysięcy mieszkańców.

5.2. PZK lokalizuje się na pierwszej kondygnacji nadziemnej budynku. Co najmniej jedno wejście wraz z dojściem jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi (pochylnie, podjazdy). W miarę możliwości zapewnia się bezkolizyjny dojazd samochodem osobowym lub środkiem transportu sanitarnego pod wejście do PZK.

5.3. PZK dysponuje co najmniej jednym gabinetem o powierzchni zapewniającej możliwość realizacji sesji wsparcia psychospołecznego (do 6 osób) – co najmniej 15 m^2.

5.4. Zadania PZK są realizowane przez osoby zatrudnione w działalności podstawowej, które posiadają kwalifikacje wymagane na stanowisku koordynatora opieki.

5.5. Liczba pracowników udzielających pomocy w PZK powinna zapewniać ciągłą gotowość do udzielania pomocy na zgłoszenia (osobiste, telefoniczne, teleinformatyczne). Minimalną obsadę PZK stanowi jedna osoba. W zależności od liczby zgłoszeń obsada PZK powinna być odpowiednio powiększona w godzinach nasilonego obciążenia.

5.6. Osoby wykonujące zadania w PZK nie mogą w tym czasie udzielać świadczeń poza PZK ani wykonywać innych zadań, niż te określone w punkcie 5.10, z wyjątkiem zadań koordynatorów opieki.

5.7. Osoby wykonujące zadania w PZK, w zależności od potrzeby, zwracają się o konsultację lekarza lub psychologa.

5.8. Nadzór merytoryczny nad wykonywaniem zadań w PZK sprawuje kierownik poradni zdrowia psychicznego z PZK.

5.9. PZK wykonuje zadania na rzecz osób w wieku powyżej 18 r.ż. Zadania te wykonywane są niezwłocznie po zgłoszeniu się do (PZK) osoby zainteresowanej, bez wcześniejszego umawiania terminu – niezależnie od sposobu zgłoszenia (tj. również telefonicznie lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych). Do czasu zakończenia programu pilotażowego PZK wykonuje zadania na rzecz mieszkańców.

5.10. Do zadań pracowników PZK należy:

1) udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;
2) udzielenie informacji o miejscu uzyskania świadczeń z zakresu pomocy społecznej w przypadkach tego wymagających;
3) przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK z problemami zdrowia psychicznego, udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb oraz uzgodnienie wstępnego planu dalszego postępowania;
4) udzielanie osobom, o których mowa w pkt 3, innych świadczeń zdrowotnych (porad, wizyt i sesji wsparcia psychospołecznego) w zależności od potrzeb;
5) uzgodnienie terminu i miejsca uzyskania świadczenia w ramach CZP zgodnie ze wstępnym planem dalszego postępowania. W przypadkach pilnych termin porady lekarskiej nie może być uzgodniony później niż 72 godziny od zgłoszenia;

5.11. PZK sporządza i prowadzi dokumentację:

1) zbiorczą w formie wykazu świadczeń i pomocy udzielanych w PZK,
2) dokumentację w formie karty zgłoszenia do PZK,

Wykaz i karta zgłoszenia dotyczą świadczeń i pomocy udzielanej w ramach zadań PZK, o których mowa w punkcie 5.10 w podpunktach 3–5.

5.12. Wykaz świadczeń i pomocy udzielanych w PZK zawiera:

1) numer kolejny pacjenta;
2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
3) imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL, adres zamieszkania, dane kontaktowe (np. telefon, adres e-mail);
4) skrócony opis: przyczyn zgłoszenia się do PZK, udzielonego świadczenia lub pomocy i ustaleń dotyczących dalszego postępowania;
5) datę i godzinę zakończenia udzielania świadczeń lub pomocy;
6) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub pomocy (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, nr prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany).

5.13. Kartę zgłoszenia do PZK zakłada się niezwłocznie po zgłoszeniu się do niego osoby z problemami zdrowia psychicznego. Karta zawiera dane, o których mowa w 5.12 pkt 1–3 i 5–6. Ponadto karta zawiera wpisy dotyczące m. in.:

- przyczyn zgłoszenia się do PZK,
- wywiadu,
- wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych,
- udzielonego świadczenia i wsparcia,
- ewentualnych konsultacji,
- wstępny plan dalszego postępowania,
- terminu i miejsca kolejnego świadczenia w ramach CZP zgodnie ze wstępnym planem dalszego postępowania.

Karta zgłoszenia do PZK jest załączana do wykazu świadczeń i pomocy udzielanych w PZK, a także do historii zdrowia i choroby po jej założeniu.

Kopia karty zgłoszenia do PZK jest wydawana pacjentowi (w wersji papierowej) po zakończeniu wizyty w PZK.

Wzór karty zgłoszenia do PZK jest załącznikiem do standardu organizacyjnego w CZP.

Uwagi: Dokument „wzór karty" wymaga przygotowania w uzgodnieniu z Sekcją Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Stowarzyszeniem Centrów Zdrowia Psychicznego.

5.14. W zależności od potrzeb historia zdrowia i choroby może być założona przy udzielaniu świadczeń i pomocy w PZK. Karta zgłoszenia do PZK jest wówczas załączana do historii zdrowia i choroby. Założenie historii zdrowia i choroby nie zwalnia od odpowiedniego wpisu do wykazu świadczeń i pomocy udzielanych w PZK.

5.15. W ramach PZK dla celów statystycznych prowadzi się rejestr zadań, o których mowa w 5.10 pkt 1 i 2. Rejestr zawiera:

1) numer kolejny;
2) datę i godzinę zgłoszenia;
3) formę zgłoszenia (osobistą, telefoniczną, mailową);
4) temat zgłoszenia;
5) datę i godzinę udzielenia informacji.
6) oznaczenie osoby udzielającej informacji (imię i nazwisko, tytuł zawodowy).

5.16. Wszystkie czynności w ramach zadań PZK są objęte obowiązkiem tajemnicy wynikającym z art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

6. Pomoc czynna

6.1. Pomoc czynna – obejmuje leczenie i wsparcie pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów.

Dotyczy to m.in. osób:

1) z nasilonymi, utrzymującymi się objawami zaburzeń psychotycznych,

2) z częstymi zaostrzeniami i nawrotami zaburzeń

6.2. Pomoc czynna jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych, środowiskowych i dziennych. Pomoc czynna oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego, w tym koordynatora opieki, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku.

6.3. Każdy pacjent objęty pomocą czynną ma sporządzony plan terapii i zdrowienia (patrz punkt 7) i wyznaczonego koordynatora opieki (patrz punkt 8).

6.4. Kwalifikację pacjenta do pomocy czynnej oraz zmianę tej formy pomocy na inną realizuje zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. W skład zespołu wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki. Ocena kwalifikacji do pomocy czynnej jest dokonywana okresowo, nie rzadziej jednak niż raz na sześć miesięcy.

6.5. Ordynator oddziału (osoba kierująca oddziałem psychiatrycznym) powiadamia kierownika PZP właściwego modułu podstawowego CZP w terminie 5 dni od chwili przyjęcia pacjenta do oddziału, spełniającego kryteria objęcia pomocą czynną (pkt 6.1–6.3)

6.6. W przypadku hospitalizacji na oddziale całodobowym podjęcie decyzji o kwalifikacji pacjenta do pomocy czynnej następuje w czasie nie dłuższym niż 10 dni od przyjęcia. W czasie hospitalizacji koordynator opieki oraz ewentualnie inni członkowie zespołu terapeutycznego, odbywają co najmniej 2 spotkania z pacjentem w celu uzgodnienia planu dalszego postępowania oraz ustalenia terminu i miejsca pierwszego kontaktu po wypisie z oddziału.

6.7. Wszystkim osobom objętych pomocą czynną organizuje się co najmniej jeden kontakt (lub świadczenie) w okresie tygodnia – bezpośredni, telefoniczny lub za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych w sposób uzgodniony z pacjentem. Przy każdym kontakcie (lub świadczeniu) ustalany jest termin i miejsce następnego. W przypadku pacjentów wypisywanych z oddziału psychiatrycznego z zaleceniem otrzymania pomocy czynnej termin pierwszego kontaktu ustala się w okresie nie przekraczającym dwóch tygodni od daty wypisu.

6.8. W ramach pomocy czynnej w zależności od potrzeb prowadzone są między innymi sesje wsparcia psychospołecznego, sesje rodzinne, psychoterapia, psychoedukacja i inne interwencje psychospołeczne. W zależności od potrzeb organizuje się spotkania z bliskimi pacjenta oraz w niezbędnym zakresie z jego środowiskiem (otoczeniem) społecznym.

6.9. W przypadku braku nawiązania kontaktu, o którym mowa w 6.6 koordynator opieki, w porozumieniu z lekarzem (lub zespołem), podejmuje działania mające na celu wyjaśnienie sytuacji obejmujące m.in.:

1) rozmowę telefoniczną z pacjentem lub jego rodziną lub inną wskazaną osobą przez pacjenta,
2) wysłanie maila bądź listu (na kopercie nie należy przybijać pieczątki CZP),
3) wizytę domową.

6.10. W przypadkach braku kontaktu z osobą objętą pomocą czynną i wysokiego prawdopodobieństwa ryzyka dla zdrowia lub życia, CZP nawiązuje współpracę z pomocą społeczną, policją, strażą miejską i innymi odpowiednimi służbami publicznymi celem rozwiązania problemu.

7. Plan terapii i zdrowienia

7.1. Plan terapii i zdrowienia sporządza się w ramach pomocy czynnej celem określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z nim oddziaływań na rzecz pacjenta. W warunkach opieki ambulatoryjnej i leczenia środowiskowego (domowego), plan ten może być sporządzony również w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna w szczególności w pomocy długoterminowej.

7.2. Plan terapii i zdrowienia zawiera: zwięzłą część diagnostyczną, część planistyczną oraz podpisy osób uzgadniających plan. Część diagnostyczna zawiera w szczególności: podsumowanie oceny problemów zdrowotnych (w tym somatycznych), oceny etapu i składników procesu zdrowienia oraz listy potrzeb społecznych. Część planistyczna zawiera listy celów podejmowanych działań oraz planowanych metod ich osiągnięcia.

7.3. Plan terapii i zdrowienia sporządza zespół osób udzielający pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej – co najmniej lekarz i koordynator opieki. W przypadku osób nieobjętych pomocą czynną w miejsce koordynatora plan terapii i zdrowienia może sporządzić członek zespołu odpowiadający za koordynację.

7.4. Plan podlega okresowej ewaluacji przez zespół, nie rzadziej niż co sześć miesięcy.

7.5. Plan terapii i zdrowienia oraz każdą jego zmianę uzgadnia się z pacjentem.

7.6. Plan terapii i zdrowienia jest dołączany do dokumentacji medycznej pacjenta.

7.7. W przypadku sporządzenia planu terapii i zdrowienia odstępuje się od ustalania odrębnych planów: terapeutycznego lub leczenia, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (koszykowym).

7.8. W przypadku hospitalizacji albo pobytu na oddziale dziennym wyznaczony lekarz przedstawia pacjentowi plan postępowania terapeutycznego obejmujący ten etap leczenia oraz odnotowuje go w dokumentacji medycznej.

7.9. Jeśli plan terapii i zdrowienia nie został przygotowany w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna, sporządza się odpowiednio plan terapeutyczny lub plan leczenia, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (koszykowym).

8. Koordynacja opieki

8.1. Dla pacjentów objętych pomocą czynną wyznacza się koordynatora opieki.

8.2. Do zadań koordynatora opieki należy w szczególności:

1) współudział w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i zdrowienia oraz przegląd ich realizacji;
2) udzielanie pacjentowi wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i zdrowienia oraz jego koordynacja;
3) zagwarantowanie współpracy i wymiany informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej;
4) pomoc i wsparcie pacjenta w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
5) monitorowanie realizacji zaleceń dotyczących zdrowia somatycznego oraz realizacja konsultacji i badań dodatkowych w zakresie zdrowia somatycznego
6) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym pacjenta.

8.3. Liczba osób pozostających pod opieką jednego koordynatora opieki nie powinna przekraczać 30.

8.4. W stosunku do osób objętych pomocą czynną organizuje się co najmniej jeden kontakt ze środowiskiem społecznym pacjenta, z placówką podstawowej opieki zdrowotnej, a także, w razie potrzeby, z placówkami opieki specjalistycznej, organizacjami zajmującymi się aktywizacją zawodową, ośrodkiem pomocy społecznej.

8.5. Koordynator opieki nawiązuje kontakt telefoniczny (zdalny) z osobą objętą pomocą w środowisku (jej rodziną, bliskimi) nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu. W przypadku braku kontaktu i informacji – nie później niż po dwóch tygodniach od poprzedniego, skutecznego kontaktu – podejmowana jest wizyta środowiskowa.

8.6. W przypadku innych form pomocy niż pomoc czynna koordynację pacjenta prowadzi jeden z wyznaczonych do tego celu członków zespołu terapeutycznego.

8.7. Poza godzinami pracy koordynatora oraz w dniach wolnych od pracy pacjentom objętym opieką czynną zapewniona jest możliwość kontaktu telefonicznego na przeznaczony wyłącznie do tego celu numer telefonu zlokalizowany w miejscu udzielania pomocy doraźnej. ■

Warszawa, 24 kwietnia 2025 r.

LISTA KONTROLNA ROZWIĄZAŃ USTAWOWYCH

dotyczących zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych.

REKOMENDACJE GRUPY ROBOCZEJ Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

1. Zagadnienia ogólne

- Stopniowe zwiększanie finansowania opieki psychiatrycznej do 7% ogólnych wydatków na świadczenia zdrowotne w 2031 r.
- Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego.
- Wyspecjalizowana opieka psychiatryczna - specjalistyczne programy zdrowotne.
- Odrębne finansowanie uniwersyteckich klinik psychiatrycznych.
- Określone zasady współdziałania z podstawową opieką zdrowotną.
- Określone zasady współdziałania z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.
- Powiatowe Rady Zdrowia Psychicznego.
- Termin wdrożenia rozwiązań systemowych na obszarze całego kraju – 2 lata.

2. Organizacja CZP

- Funkcjonowanie na jednym obszarze działania.
- Zapewnienie kompleksowej i zintegrowanej opieki psychiatrycznej: doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej i szpitalnej.
- Lokalizacja miejsca udzielania świadczeń pomocy ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej na obszarze działania CZP.
- Możliwość udzielania pomocy doraźnej i szpitalnej przez podwykonawcę.
- Jeden podmiot leczniczy jedno CZP.
- Samodzielność finansowa CZP.
- Kwalifikacje pracowników CZP określone w rozporządzeniu.
- Konkurs na stanowisko kierownika CZP.
- Określone zadania i sposób funkcjonowania Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych (PZK).
- Udzielenie pomocy w PZK następuje niezwłocznie po zgłoszeniu.
- Definicja i zasady sprawowania opieki czynnej.
- Wyznaczony koordynator opieki dla osób objętych opieką czynną w CZP.
- Obligatoryjne zatrudnianie w CZP asystentów zdrowienia.
- Świadczenia lekarza psychiatry w CZP w przypadku pilnym maksymalnie 3 dni od zgłoszenia.

3. Jakość

- Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w CZP (rozporządzenie ministra zdrowia).
- Zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w opiece środowiskowej (obwieszczenie ministra zdrowia).
- Możliwość akredytacji CZP.
- Wskaźniki jakości opieki psychiatrycznej (rozporządzenie ministra zdrowia).

4. Wojewódzki plan obszarów działania CZP

- Wojewódzki plan obszarów działania CZP (sporządza wojewoda).
- Plan określa obszary działania CZP i lokalizację PZK, a także możliwe miejsca zapewnienia pomocy doraźnej i oddziału szpitalnego.
- Obszar działania CZP obejmuje jednostkę/i podziału administracyjnego kraju.
- Liczba dorosłych mieszkańców na obszarze działania CZP od 50 do 150 tys. (w przypadku dużych miast maksymalnie 200 tys.).

5. Zawieranie umów

- Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP w szczególnej formie trybu rokowań.
- Postępowanie uwzględnia wytyczne wojewódzkiego planu obszarów działania CZP.
- NFZ zaprasza do rokowań podmioty lecznicze, obejmujące co najmniej trzy podstawowe formy pomocy psychiatrycznej.

6. Finansowanie CZP

- Finansowanie CZP poprzez:
  - ryczałt na populację osób zamieszkałych na jego obszarze działania,
  - płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej udzielone osobom niezamieszkałym na obszarze działania.

Ryczałt na populację stanowi iloczyn liczby osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP i stawki rocznej na osobę.

- Ryczałt na populację obejmuje zakres świadczeń CZP określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
- Ryczałt na populację nie obejmuje świadczeń: z zakresu leczenia uzależnień; psychiatrycznych i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży; psychiatrii sądowej; opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- CZP finansuje koszty świadczeń udzielonych osobom zamieszkałym na jego obszarze działania przez CZP działające na innych obszarach działaniach.
- CZP otrzymuje płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej finansowane poza ryczałtem.
- Stawka roczna na osobę podlega zwiększeniu proporcjonalnemu do wzrostu ogólnych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie NFZ.
- Zróżnicowanie stawki rocznej na osobę pomiędzy poszczególnymi obszarami działania CZP (od 2030 r.).
- Przy rozliczaniu świadczeń ceny jednostkowe są ustalone przez Prezesa NFZ w uzgodnieniu z reprezentatywnymi organizacjami zrzeszającymi podmioty lecznicze prowadzące CZP.
- Środki przekazane przez NFZ w ramach umowy z CZP w 95% mogą być przeznaczone wyłącznie na: koszty funkcjonowania CZP, w tym amortyzację środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych.

Cały dokument jest dostępny na stronach:
Kongresu Zdrowia Psychicznego
(www.kongreszp.org.pl)

Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej
(www.stowarzyszenie-rozwoju.eu)

Skład grupy roboczej opracowującej rekomendacje: Marek Balicki, dr Daria Biechowska, prof. dr hab. Andrzej Cechnicki, Izabela Ciuńczyk, Katarzyna Głowacka-Cieślicka, prof. dr hab. Hanna Karakuła-Juchnowicz, Joanna Krzyżanowska-Zbucka, dr Tomasz Szafrański, Katarzyna Szczerbowska, prof. dr hab. Jacek Wciórka, prof. dr hab. Maria Załuska.

Warszawa, 27 stycznia 2025 r.