

RAPORT Z PRAC ZESPOŁU DS.  
KONTYNUACJI REFORMY  
SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA  
PSYCHICZNEGO

Warszawa, styczeń 2022 r.

### **Badanie Ezop II a dane NFZ**

Od 2018 r. jednym z priorytetowych zadań realizowanych przez Ministra Zdrowia jest reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Po kilkuletnim okresie wdrażania zmian o charakterze pilotażowym oraz systemowym Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o konieczności przygotowania strategii kontynuacji rozpoczętych reform.

Kluczowym badaniem epidemiologicznym umożliwiającym planowanie kierunków zmian finansowych i organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia psychicznego oraz umożliwiającym planowanie działań o charakterze promocyjno-profilaktycznym jest Badanie Kondycji Psychiczej Mieszkańców Polski - EZOP II. Jest to najbardziej kompleksowe badanie kondycji psychicznej ludności w historii badań epidemiologicznych w Polsce. Obejmuje swoim zasięgiem wszystkie grupy wiekowe: dzieci w wieku 0–6 lat, z rodzicami, dzieci i młodzież w wieku 7–17 lat oraz dorosłych w wieku 18 lat i więcej.

#### ***Dzieci w wieku 0–6 lat***

W tej grupie wiekowej stosunkowo najczęściej występują zaburzenia emocjonalno-afektywne, które stwierdzono u ponad 6% dzieci oraz zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia komunikacji społecznej oraz zaburzenia interakcji z innymi, które dotyczą ponad czterech procent dzieci. W sumie opisywane w badaniu zaburzenia (samoregulacji, przestrzegania zasad, adaptacji, autonomii, emocjonalne, komunikacji społecznej i interakcji z innymi) stwierdzono u około 16% dzieci do 6. roku życia, co oznacza, że zaburzenia psychiczne ma ponad 420 tys. dzieci w tym wieku.

#### ***Dzieci w wieku 7–17 lat***

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że ponad pół miliona dzieci i młodzieży w Polsce cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego ponad 200 tys. dzieci w wieku 7–11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12–17 lat. Zaburzeń internalizacyjnych, na które składają się przede wszystkim zaburzenia lękowe, doświadcza ponad 300 tys. dzieci/młodzieży, około 8% dzieci i 7% młodzieży. Zaburzenia nastroju, w tym zaburzenia depresyjne i epizody manii, potwierdziło znacznie mniej, bo 70 tys. dzieci/młodzieży, wśród nich zdecydowana większość to nastoletnia młodzież. Można przypuszczać, zważywszy na podobne rozpowszechnienie epizodów depresji i manii, że przynajmniej kilkadziesiąt tysięcy dzieci/młodzieży cierpiało na chorobę afektywną dwubiegunową. Podobnie jak w przypadku zaburzeń internalizacyjnych, zaburzeń eksternalizacyjnych doświadczało około 300 tys. dzieci/młodzieży, w tym ponad 100 tys. doświadczało zaburzeń związanych z używaniem substancji.

### ***Dorośli 18 lat i więcej.***

Z badania EZOP II wynika, iż jakiegokolwiek z analizowanych zaburzeń psychicznych ujawniło w perspektywie całego życia 26,5% (tj. około 8 330,2 tys.) populacji.<sup>1</sup>

Kluczowym wnioskiem z badania EZOP II potwierdzającym konieczność przygotowania i wdrożenia długofalowej strategii reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest rozbieżność pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi a danymi o korzystaniu przez pacjentów z pomocy w zakresie opieki psychiatrycznej.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia zwanego dalej „NFZ” liczba osób doświadczających badanych zaburzeń zdrowia psychicznego nieznacznie przekracza 2,1 mln, podczas gdy badanie EZOP II dało podstawy do oszacowania ich liczby na poziomie ponad 2,5 mln. Według danych NFZ blisko 2/3 tej liczby stanowią kobiety, podczas gdy według badania EZOP – tylko 55%. Oznacza to, że z perspektywy statystyk NFZ wśród cierpiących na zaburzenia psychiczne dominują kobiety, podczas gdy zgodnie z populacyjnymi badaniami epidemiologicznymi proporcje te są prawie wyrównane, zwłaszcza wśród ludności w wieku produkcyjnym.

Szczególnie duże rozbieżności występują, jeśli chodzi o oszacowanie liczby cierpiących na zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat. Zgodnie z danymi NFZ liczba takich dzieci nie przekracza 70 tysięcy, podczas gdy badanie EZOP pozwoliło zidentyfikować ponad 500 tysięcy.

Oszacowania dotyczące subpopulacji w wieku produkcyjnym (18–64 lat) są zbliżone. Według NFZ liczba cierpiących na zaburzenia psychiczne osób w tym wieku zbliża się do 1,6 mln, podczas gdy według badań EZOP przekracza 1,7 mln. Badanie EZOP identyfikuje znacznie więcej mężczyzn w porównaniu z NFZ, podczas gdy dane NFZ – nieco więcej kobiet.

Dane NFZ i oszacowania z badania EZOP są stosunkowo najbliższe sobie w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym (65+), chociaż dane NFZ wskazują na nieco wyższe liczby, jednak poniżej kilkudziesięciu tysięcy. Według obu źródeł danych liczba seniorów cierpiących na zaburzenia psychiczne nie przekracza pół miliona, około 100 tys. wśród mężczyzn i ponad 300 tys. wśród kobiet, co może również wynikać z większej oczekiwanej długości życia.

Zdecydowana większość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne nie otrzymuje lub nie korzysta z adekwatnej pomocy. Dotyczy to nie tylko dorosłych, ale w jeszcze większym stopniu dzieci i młodzieży. Luki tej nie zapełni obecny system psychiatrycznej ochrony zdrowia, w którym kluczowym elementem leczenia jest opieka stacjonarna. Należy uwzględnić, że większość stwierdzanych zaburzeń psychicznych może być leczona w systemie pozaszpitalnym.

---

<sup>1</sup> Szczegółowe wyniki badań dostępne są w raporcie z badania Badanie Kondycji Psychiczej Mieszkańców Polski - EZOP II.

### **Czynniki społeczno-demograficzne**

Z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia niezwykle istotne jest również, że wyniki badania ujawniły kilka czynników społeczno-demograficznych związanych z podwyższonym ryzykiem zaburzeń zdrowia psychicznego w wieku dorosłym. Występują one ze szczególnym natężeniem wśród:

- osób w wieku produkcyjnym pozostających bez pracy,
- osób o niskim statusie wykształcenia, które rzadziej korzystają z opieki zdrowotnej, szczególnie psychiatrycznej,
- osób o niestabilnym statusie cywilnym – rozwiedzionych, będących w separacji i owdowiałych,
- osób o zachwianym statusie zawodowym – rencistów, emerytów w pierwszych latach po zakończeniu pracy.

Podsumowując wyniki badania EZOP II należy wskazać, iż, okres blisko dziesięciu lat, jaki dzieli dwie edycje projektu EZOP, nie przyniósł poważniejszych zmian. Chociaż w obecnej edycji projektu odsetek osób, u których można było stwierdzić zaburzenia psychiczne w ciągu całego życia, zwiększył się z 23 do 26%, to ten wzrost wynika z dołączenia do badań EZOP II kilku nowych rozpoznań oraz rozszerzenia zakresu wiekowego próby z osób w wieku produkcyjnym, czyli od 18 do 64 r.ż. do wszystkich dorosłych, tj. osób od 18 r.ż.. Niemniej jednak badanie wykazało istotną rozbieżność pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a otrzymywaną specjalistyczną pomocą oraz uwydatniło kilka czynników społeczno-demograficznych związanych z podwyższonym ryzykiem zaburzeń zdrowia psychicznego.

### **Zespół do spraw kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego**

Mając na uwadze dotychczasowe doświadczenia w realizacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz wyniki Badania EZOP II Ministerstwo Zdrowia powołało zarządzeniem z dnia 12 lipca 2021 r. zespół do spraw kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego, zwany w dalszej części dokumentu „Zespołem”.

Skład zespołu stanowili przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Do udziału w pracach Zespołu zapraszani byli eksperci w tym m.in.: Konsultanci krajowi, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Psychologicznego, przedstawiciele Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, przedstawiciele świadczeniodawców oraz organizacji pacjenckich.

Zadaniem Zespołu było przygotowanie projektu strategii działań w opiece psychiatrycznej na lata 2022-2027. Biorąc pod uwagę przygotowywany równoległe dokument strategiczny „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” i stanowiącą załącznik do niego „Strategię Deinstytucjonalizacji Opieki Zdrowotnej Nad Osobami z Zaburzeniami Psychicznymi” prace

zespołu skupiły się wokół wypracowania rozwiązań dotyczących systemu opieki psychiatrycznej w Polsce uwzględniając dotychczasowe doświadczenia, m.in. z blisko 3 lat realizacji pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego oraz przygotowania rekomendacji w zakresie niezbędnych działań do podjęcia w ciągu najbliższych lat.

Od połowy lipca do końca grudnia 2021 r. odbyło się 7 spotkań o charakterze warsztatowym, w których w zależności od omawianej tematyki brali udział zaproszeni przez Przewodniczącą konsultanci krajowi, przedstawiciele środowisk eksperckich, przedstawiciele świadczeniodawców oraz organizacji pacjenckich w dziedzinach związanych z zakresem prac Zespołu.

Równoległe z pracami Zespołu toczyły się prace w środowiskach eksperckich, a ich efekt stanowił wkład do dyskusji w ramach spotkań Zespołu lub dokumenty stanowiące załączniki do niniejszego raportu. Eksperti Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przygotowali rekomendacje dot. funkcjonowania opieki wysokospecjalistycznej; Eksperti z Akademii Liderów Cogito zraszającej osoby, które działają w Polsce na rzecz środowisk osób chorujących psychicznie i same mają doświadczenie kryzysu psychicznego - przygotowali rekomendacje dot. standardów leczniczych w CZP; Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z konsultantami wojewódzkimi oraz jednostkami samorządu terytorialnego opracowały proponowany plan alokacji CZP, a Biuro ds. pilotażu wraz z zaproszonymi ekspertami w oparciu o zgłoszone w trakcie konsultacji uwagi oraz ustalenia z prac Zespołu zweryfikowało Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego.

Niniejszy Raport jest podsumowaniem prac Zespołu i zawiera ustalenia ze spotkań ekspertów i interesariuszy systemu stanowiące rekomendacje dalszego reformowania opieki psychiatrycznej.

## Założenia reformy

Dotychczasowe działania Ministerstwa Zdrowia poza wdrożeniem zmian umożliwiającymi zapewnienie odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych w najbardziej potrzebujących obszarach psychiatrii, jak również umożliwiające testowanie nowych rozwiązań organizacyjno-finansowych pomogły zidentyfikować i sprecyzować obszary, w których niezbędne jest ewolucyjne wdrażanie zmian systemowych.

Niniejszy dokument przedstawia rekomendacje Zespołu do spraw kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego przygotowane w oparciu o dotychczasowe doświadczenia realizacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Świadczeniodawców jak również przedstawicieli środowisk pacjenckich z uwzględnieniem najnowszych wyników kompleksowego badania populacyjnego EZOP II.

Przyjęcie poniższych rekomendacji pozwoli na realizację kompleksowej i długofalowej strategii wdrażania zmian w systemie ochrony zdrowia psychicznego w następujących obszarach:

### **1. Opieka psychiatryczna dla osób dorosłych;**

- wdrożenie trypoziomowego modelu opieki psychiatrycznej, mającego za zadanie odpowiednie dostosowanie oferty terapeutycznej i zakresów udzielanych świadczeń zdrowotnych do zdiagnozowanych potrzeb populacji (I poziom referencyjny – to podstawowa opieka psychiatryczna, II poziom referencyjny – to opieka psychiatryczna planowa, realizowana w ramach specjalistycznych produktów<sup>2</sup> lub programów zdrowotnych<sup>3</sup>, III poziom referencyjny – to wielospecjalistyczne procedury diagnostyczne i terapeutyczne realizowane przez psychiatryczne oddziały dysponujące odpowiednią określoną w odrębnym dokumencie kadrą medyczną, programami oraz aparaturą i sprzętem medycznym.);
- systemowe zaimplementowanie modelu środowiskowego - Centrum Zdrowia Psychicznego (finansowanie, organizacja, struktura kadrowa);
- wprowadzenie reformy w systemie wspierane przez rozwój kadr;
- opracowanie i wdrożenie wystandaryzowanych programów terapeutycznych i wysokospecjalistycznych procedur diagnostycznych.

### **2. Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży**

- pełne wdrożenie modelu opieki opartego na III poziomach referencyjnych;

---

<sup>2</sup> Rozumianych jako produkty jednostkowe dedykowane do rozliczania świadczeń specjalistycznych, które w szczególności obejmują diagnostykę i leczenie realizowane w ramach hospitalizacji w oddziałach specjalistycznych.

<sup>3</sup> Rozumiany jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiającymi osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;

- wypracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych, dla wszystkich poziomów referencyjnych;
- określenie nowych świadczeń gwarantowanych w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, uwzględniających charakterystykę pracy i zadań poszczególnych poziomów referencyjnych;
- prowadzenie przez oddziały NFZ bieżącej ewaluacji organizacji świadczeń, pod kątem tworzenia się sieci poziomów referencyjnych i identyfikowania tzw. „białych plam”;
- dalsze dofinansowanie modernizacji lub odpowiedniego zagospodarowania należących do szpitali pomieszczeń oraz terenu przeznaczonego na cele terapeutyczne i rekreacyjne;
- upowszechnienie informacji o pomocy udzielanej w nowopowstających placówkach umiejscowionych blisko miejsca zamieszkania dziecka – ośrodkach/zespołach I poziomu referencyjnego;
- wypracowanie systemu zachęt dla personelu medycznego i niemedycznego do podejmowania pracy w placówkach publicznego systemu opieki psychiatrycznej.

### **3. *Psychiatria sądowa***

- optymalizacja wykorzystania miejsc w zakładach psychiatrycznych na poziomie maksymalnego, wzmocnionego i podstawowego poziomu zabezpieczenia oraz w ramach nie izolacyjnego (wolnościowego) środka zabezpieczającego;
- ujednoczenie przewidzianych zadań zawartych w prawie karnym w ramach realizowanego środka zabezpieczającego w psychiatrii z zadaniami zawartymi w ustawie o świadczeniach gwarantowanych;
- włączenie do systemu izolacyjnych środków zabezpieczających nowego rodzaju środka zabezpieczającego – oddziału długoterminowej opieki sądowo-psychiatrycznej;
- stworzenie narzędzi cyfrowego monitorowania przepływu osób w systemie środków zabezpieczających;
- opracowanie propozycji współfinansowania realizacji środka zabezpieczającego w psychiatrii z podziałem na koszty medyczne oraz będące wynikiem konieczności zapewnienia bezpieczeństwa publicznego.

### **4.- *Leczenie uzależnień.***

- redefinicja współpracy pomiędzy systemem ochrony zdrowia psychicznego a systemem leczenia uzależnień, uwzględniająca jego specyfikę i wzajemne zależności;
- uwzględnienie rekomendacji Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień.

## Ustalenia (rekomendacje) dotyczące systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych:

### *dotyczące zmiany przepisów:*

1. Dokumentem określającym strategię działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jest Narodowy Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. W Programie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Wśród zadań wymienionych w Programie, za kluczowe uznaje się upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w duchu procesu deinstytucjonalizacji, m.in. przez tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego. Stopniowe przechodzenie z modelu, opierającego się na leczeniu stacjonarnym osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych. Należy również zaznaczyć, że deinstytucjonalizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych w tym organizacji pacjenckich. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwia m.in.: przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz przy odpowiedniej koordynacji daje szansę na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych.

Postulaty Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 powinny stanowić podstawę reformy opieki psychiatrycznej. W związku ze zbliżającym się końcem okresu jego obowiązywania niezbędna jest aktualizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nowy dokument oprócz dotychczasowych założeń i postulatów, powinien uwzględniać rekomendowane w niniejszym raporcie rozwiązania dotyczące podstawowej oraz wysokospecjalistycznej opieki psychiatrycznej, w tym świadczeń sądowo-psychiatrycznych, wdrażany model i kierunki zmian w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, oraz założenia i rekomendacje wypracowane przez Zespół ds. reformy uzależnień powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2021 r.

### **Zadanie:**

**Opracowanie i przedłożenie do zatwierdzenia przez Radę Ministrów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.**

2. Jednym z problemów z jakim borykają się podmioty lecznicze realizujące zadania z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest fakt wieloustawowej regulacji organizacji świadczeń. W efekcie podmioty te działają na podstawie ustawy o działalności leczniczej,

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, które zawierają niespójne przepisy, co skutkuje brakiem transparentności zasad tworzenia i prowadzenia tych podmiotów. Wszelkie zmiany dotyczące rozwiązań organizacyjnych czy finansowania wypracowywane dla wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej nie uwzględniają specyfiki podmiotów z obszaru opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zwłaszcza ostatnie lata i okres pandemii pokazały słabość takiego rozwiązania i dyskryminowaną pozycję psychiatrii.

Biorąc powyższe pod uwagę konieczna jest nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie:

- zagwarantowania i określenia sposobu finansowania diagnostyki i leczenia współistniejących chorób somatycznych u pacjentów przebywających na oddziałach psychiatrycznych, mając na uwadze potwierdzone badaniami naukowymi częstsze występowanie u osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi chorób somatycznych bezpośrednio negatywnie wpływających na długość życia tych osób. Rozwiązania w tym zakresie mają na celu zapewnienia równej dostępności do tych świadczeń osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi. Kluczowym założeniem zmiany organizacji leczenia współistniejących chorób somatycznych u pacjentów przebywających na oddziałach psychiatrycznych jest rozważenie zmiany finansowania uwzględniającej zapewnienie odrębności finansowania diagnostyki i leczenia współistniejących chorób somatycznych u pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- roli POZ w opiece nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi;
- współfinansowania wsparcia pacjentów w kryzysie psychicznym przez sektor opieki społecznej;
- stworzenie możliwości pacjentom częściowego powrotu do pracy<sup>4</sup>;
- wprowadzenia standardu izolacji pacjenta podczas stosowania przymusu bezpośredniego wynikającego z przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- uregulowania kwestii dostępu do psychologa bez skierowania;
- wprowadzenia jednolitych zapisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego (leczenia bez zgody) w oddziałach realizujących środki zabezpieczający zgodnie z przepisami zawartymi w prawie karnym.

Aktualizacja ustawy o działalności leczniczej wymaga natomiast wprowadzenia podmiotów realizujących świadczenia w zakresie leczenia psychiatrycznego i uzależnień (tym Centra Zdrowia Psychicznego). Wprowadzenie CZP jako odrębnego rodzaju podmiotów tej działalności wymaga ponadto nadania dla CZP typu A i dla CZP typu B osobnych kodów resortowych.

---

<sup>4</sup> Celem proponowanej regulacji byłaby aktywizacja zawodowa pacjentów wychodzących z kryzysu psychicznego. Taka możliwość ma ogromne znaczenie terapeutyczne a jednocześnie obniża społeczne koszty zdrowienia.

### **Zadanie:**

**Przygotowanie i przeprowadzenie projektu nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w której odejdziemy od regulowania organizacji opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w tym równoległe wprowadzenie odpowiednich zmian w ustawie o działalności leczniczej oraz ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

3. Mając na uwadze diagnozowane zaburzenia zdrowia psychicznego opisane w raporcie z Badania EZOP II, ich charakter, nasilenie, częstość występowania i praktykowany oraz potwierdzony badaniami naukowymi sposób prowadzenia procesu terapeutycznego rekomendowane jest wdrożenie trzy poziomowego modelu opieki psychiatrycznej, mającego za zadanie odpowiednie dostosowanie oferty terapeutycznej i zakresów udzielanych świadczeń zdrowotnych do zdiagnozowanych potrzeb populacji.

***I poziom referencyjny*** – to podstawowa opieka psychiatryczna. Realizowany zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 852, z późn. zm.) pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego potwierdził, że rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce powinien iść w kierunku modelu psychiatrii środowiskowej opartej na CZP z położeniem nacisku na rozwój świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych oraz zmiany struktury łóżek szpitalnych w opiece psychiatrycznej. Zasadnym wydaje się zaimplementowanie modelu środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w wykazie świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem warunków ich realizacji z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 852) zmienione Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 2364) zakładało możliwość istnienia Centrum nieposiadającego oddziału psychiatrycznego w swoich strukturach. Świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej takiego podmiotu miały być udzielane w ramach podwykonawstwa. W przypadku konieczności podpisania umowy na podwykonawstwo w zakresie świadczeń stacjonarnych z lokalnym szpitalem, z uwagi na jego najczęściej monopolistyczną pozycję na danym rynku pozostawia Centrum w słabej pozycji negocjacyjnej, jeśli chodzi o warunki finansowania. Brak możliwości wpływu na czas trwania hospitalizacji oraz trudności w rozliczaniu pobytu pacjentów w liczbie przewyższającej zakontraktowaną, w ramach umowy na podwykonawstwo, liczbę łóżek, powoduje, że taka formuła Centrum wydaje się być nieuzasadniona zarówno merytorycznie z punktu widzenia aktywnej opieki nad pacjentem, jak również finansowo w kontekście budżetu Centrum. Rozwiązaniem docelowym, rekomendowanym przez Zespół jest funkcjonowanie Centrów typu B, które stanowią odrębne podmioty lecznicze i nie zapewniają swoim pacjentom hospitalizacji w ramach własnej struktury (ani podwykonawstwa). W ramach prac Zespołu

wpracowano rekomendowany katalog świadczeń realizowanych w CZP typu B stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Raportu.

Dodatkowo w ramach I poziomu referencyjnego kontraktowane powinny być świadczenia:

- stacjonarne na oddziałach ogólnopsychiatrycznych realizujące świadczenia stacjonarne dla pacjentów objętych opieką CZP typu B (zakres zgodny z świadczeniami stacjonarnymi w CZP A),
- pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych,
- opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych,
- seksuologiczne i patologii współżycia,
- leczenie uzależnień (w trybie dziennym i ambulatoryjnym),
- antynikotynowe,
- w izbie przyjęć szpitala (pomoc doraźna),
- dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu,
- dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu
- dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu,
- krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Zespół rekomenduje podjęcie działań mających na celu przeniesienie świadczeń detoksykacji w trybie nagłym/ostrym z oddziałów psychiatrycznych ogólnych do oddziałów leczenia zespołów abstynencyjnych, oddziałów chorób wewnętrznych, oddziałów intensywnej opieki medycznej lub toksykologii.

**II poziom referencyjny** – to opieka psychiatryczna planowa, realizowana w ramach specjalistycznych produktów lub programów zdrowotnych świadczonych w trybie stacjonarnym, dziennym lub ambulatoryjnym przez sprofilowane oddziały i poradnie psychiatryczne. Rekomendowane jest opracowanie i wdrożenie produktów oraz wystandaryzowanych programów terapeutycznych w zakresie diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji osób z określonymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności z:

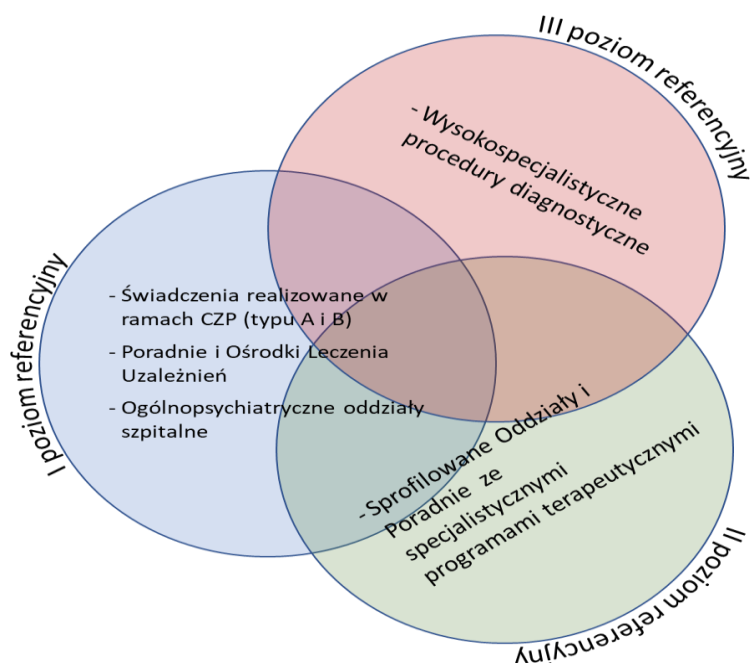
- zaburzeniami afektywnymi,
- pierwszego epizodu psychotycznego,
- zaburzeniami odżywiania,
- z uzależnieniami (leczenie zespołów abstynencyjnych i terapii uzależnień),
- zaburzeniami osobowości,
- zaburzeniami lękowymi i psychosomatycznymi (tzw. leczenia nerwic),
- osób w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi (psychogeriatrycznymi),
- osób z zaburzeniami psychicznymi i somatyczną współchorobowością,
- osób z tzw. podwójnymi diagnozami (np. schizofrenia i uzależnienie),
- osób z niepełnosprawnością intelektualną i współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi.

Ponadto w dalszym ciągu w ramach II poziomu referencyjnego kontraktowane powinny być:

- program terapii zaburzeń preferencji seksualnych,
- świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia,
- świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia,
- odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia,
- leczenie uzależnień stacjonarne,
- program leczenia substytucyjnego,
- terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne<sup>5</sup>,
- świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach terapii ambulatoryjnej.

**III poziom referencyjny** – to wielospecjalistyczne procedury diagnostyczne i terapeutyczne realizowane przez psychiatryczne oddziały dysponujące odpowiednią określoną w odrębnym dokumencie kadrą medyczną, programami oraz aparaturą i sprzętem medycznym.

Zakłada się, że poszczególne podmioty lecznicze w ramach dostępnych zasobów mogą kontraktować zakresy świadczeń z dowolnego poziomu referencyjności. Możliwe łączenie świadczeń w ramach jednego podmiotu leczniczego przedstawia poniższy schemat.



**Zadanie:**

**Zmiana koszyka świadczeń gwarantowanych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień wdrażająca trójpoziomowy model opieki psychiatrycznej, w tym opracowanie nowych świadczenia gwarantowanych (odrębnie dla CZP-A i CZP-B).**

<sup>5</sup> Docelowo należy połączyć z leczeniem uzależnień

4. Biorąc pod uwagę następujące założenia:

- zlokalizowanie CZP w każdym powiecie odrębnie, jednak w przypadku obszarów o małym zaludnieniu możliwe jest tworzenie CZP dla kilku powiatów, tak aby populacja CZP nie była mniejsza niż 50 tys.,
- na obszarach o większym zaludnieniu należy organizować więcej Centrów, tak aby populacja CZP nie była większa niż 200 tys.,
- w jednym szpitalu mogą być realizowane świadczenia stacjonarne dla kilku CZP, jednak tak aby populacja CZP przypisana do danego podmiotu realizującego świadczenia w trybie stacjonarnym, nie była większa niż 300-400 tys.,

w oddziałach wojewódzkich NFZ, przy współpracy z konsultantami wojewódzkimi oraz jednostkami samorządu terytorialnego opracowane zostały projekty planów lokalizacji Centrów Zdrowia Psychicznego. Opracowana na ich podstawie mapa alokacji Centrum Zdrowia Psychicznego wraz z planami restrukturyzacji szpitali pod kątem utworzenia oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wieloprofilowych oraz redukcji łóżek ogólnopsychiatrycznych w szpitalach monoprofilowych na rzecz tworzenia oddziałów sprofilowanych w ramach II poziomu referencyjnego, stanowi załącznik nr 2 do niniejszego dokumentu. Załączone plany powinny stanowić podstawę regionalnych strategii rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego, o których mowa w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022 oraz kierunki inwestycji funduszy strukturalnych w nowej perspektywie unijnej.

**Zadanie:**

**Opracowanie i wdrożenie regionalnych strategii rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego oraz planów transformacji z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych i wniosków z nich płynących.**

5. Specyficzną organizację funkcjonowania Centrum Zdrowia Psychicznego określają Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego przygotowaną w roku 2021 (publikacja styczeń 2022) we współpracy z towarzystwami naukowymi oraz podmiotami uczestniczącymi w realizacji programu pilotażowego, zawierającego rekomendacje postępowania medycznego w ramach CZP, w szczególności dot. zadań PZK oraz koordynacji opieki. Dokument ten w ostatnim okresie został zweryfikowany przez Biuro ds. pilotażu w oparciu o zgłoszone w ramach konsultacji uwagi oraz ustalenia z prac Zespołu i stanowi załącznik nr 3 do niniejszego dokumentu. Na zakończenie realizacji programu pilotażowego w CZP powinna zostać opracowana kolejna zaktualizowana wersja. Jest ona szczególnie istotna w kontekście testowania nowej koncepcji organizacyjnej tzw. CZP typ B. Powinna stanowić ramy umożliwiające kształtowanie lokalnych rozwiązań dostosowanych do miejscowych uwarunkowań oraz zaangażowanie całego personelu CZP w działaniach na rzecz poprawy jakości. Dodatkowo standardy powinny odpowiedzieć na pytanie, jak w nowym modelu powinna zostać rozwiązana kwestia opieki doraźnej w CZP typu B. Koniecznym jest też opracowanie

standardu diagnostyczno- terapeutycznego we współpracy z towarzystwami naukowymi co poprawi jakość i bezpieczeństwo udzielanych w ramach CZP świadczeń.

**Zadanie:**

**Wdrożenie Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia**

***dotyczące finansowania i parametrów jakościowych opieki środowiskowej***

6. Trzyletnie doświadczenia w funkcjonowaniu CZP uwidoczniły kilka słabości systemowych związanych z działalnością i finansowaniem Centrów (szczegóły w Raporcie Biura ds. Pilotażu z dnia 12 stycznia 2022 r.). Kluczową kwestią wymagającą rozwiązania jest zmiana sposobu finansowania Centrum, uwzględniająca konieczność modyfikowania stawki kapitałowej w zależności od liczby pacjentów będących pod opieką danego CZP. Należy jednak podkreślić, że niemożliwe jest planowanie jakiegokolwiek rozwoju centrów zdrowia psychicznego bez określenia czytelnego i stabilnego sposobu ich finansowania. Dotychczasowy sposób finansowania nie uwzględniał wzrostu kosztów funkcjonowania Centrum w zależności od liczby i struktury zaopiekowanych pacjentów, w sytuacji zapewnienia stabilnej jakości i standardu udzielanego wsparcia. W dokonanych analizach obserwujemy duże zróżnicowanie pomiędzy działalnością poszczególnych CZP np. w procentowej ilości udzielanych świadczeń dla pacjentów spoza obszarów odpowiedzialności terytorialnej danego CZP. Zgodnie z art. 29 i 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy i mimo odpowiedzialności populacyjnej, która jest podstawą modelu środowiskowego, CZP nie może odmówić świadczeń osobie, która zamieszkuje poza obszarem odpowiedzialności Centrum. W związku z powyższym odpowiedzialność terytorialna sprowadza się zatem de facto do zapewnienia świadczeń środowiskowych, koordynacji opieki oraz wsparcia w powrocie do pełnienia ról społecznych pacjentom zamieszkałym na terenie działania centrum i finansowania świadczeń stacjonarnych dla pacjentów trafiających do szpitala bez wcześniejszego kontaktu z publiczną opieką psychiatryczną.

W związku z powyższym, nowy system finansowania powinien odpowiadać również na ryzyko związane z trudnością rozliczania pacjentów spoza populacji danego CZP. Obecnie funkcjonują równolegle dwa systemy finansowania świadczeń w ramach programu pilotażowego tj.: ryczałt na populację i tzw. „fee for service” , stąd możliwe jest dokonywanie rozliczeń pomiędzy podmiotami z wykorzystaniem stawek wg dotychczasowych warunków realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W docelowym systemie, świadczenia udzielane przez CZP nie będą posiadały odrębnej wyceny stąd stosowany dziś system potrąceń i dopłat przestanie istnieć. Rekomendowanym rozwiązaniem jest wzrost stawki kapitałowej po przekroczeniu pewnego odsetka populacji pozostającego pod opieką, przy czym w liczniku tego wskaźnika ujmowani byłiby wszyscy pacjenci danego Centrum bez względu na ich miejsce

zamieszkania. Proponowany sposób finansowania jest odpowiedzią na zidentyfikowane słabości wpływające na trudności w rozliczaniu świadczeń.

Stawka kapitaacyjna oraz parametry określające jej wzrost powinny być określone przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w oparciu o analizę kosztów, struktury zadań i pacjentów Centrów biorących udział w pilotażu oraz działających w ramach projektów POWER. Ekspertki Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wskazują, że podstawowa stawka kapitaacyjna powinna rosnąć w kolejnych latach co najmniej o wskaźnik inflacji. Przy wypracowywaniu systemu finansowania należy uwzględnić tzw. „okres rozruchu”. Z założenia bazowy ryczałt na populację osób powyżej 18 r.ż. powinien zapewniać możliwość realizacji świadczeń dla ok. 2% populacji, przy czym w początkowym okresie (maksymalnie 2 lata), liczba osób objętych opieką Centrum powinna oscylować w okolicy 1% populacji<sup>6</sup> w skali roku. Następnie wskaźnik pacjentów objętych opieką powinien rosnąć, a po przekroczeniu ok. 2% populacji objętych rocznie opieką w CZP, wzrastałaby stawka kapitaacyjna. Przy dokładnym wyznaczaniu tego pułapu, a także wielkości wzrostu stawki kapitaacyjnej i jej zmiany wraz ze wzrostem liczby pacjentów CZP, należy rozważyć uwzględnienie poniższych parametrów ilościowych.

- struktura wieku pacjentów, w szczególności > 65 r.ż.,
- wskaźnik zurbanizowania terenu,
- % pacjentów w opiece czynnej.

Wyzwaniem cały czas pozostaje brak odrębnych kodów terytorialnych dla dzielnic, w niektórych z większych miast, które są niezbędne dla wyliczenia ryczałtu bazowego dla poszczególnych CZP. Być może rozwiązaniem byłoby przyjęcie równomiernego podziału populacji danego miasta pomiędzy funkcjonujące tam Centra. Ostateczna wielkość poszczególnych Centrów i ich budżet byłby efektem dokonywanych wyborów przez pacjentów co do miejsca uzyskiwania świadczeń.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że CZP typu B świadczy usługi wyłącznie w trybie dziennym, ambulatoryjnym i środowiskowym. Kwota ryczałtu na populację takiego Centrum ulega pomniejszeniu przez Fundusz o wartość świadczeń udzielonych w warunkach oddziału psychiatrycznego świadczeniobiorcom z tej populacji przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego. Takie rozwiązanie utrzymuje w przypadku Centrów typu B korzyści związane z odpowiedzialnością populacyjną, bowiem stymuluje do zapewnienia takiej opieki by hospitalizacja była ograniczana do niezbędnego minimum. W celu optymalizacji tego rozwiązania niezbędne byłoby wprowadzenie innego systemu finansowania opieki stacjonarnej na I poziomie referencyjnym (poza strukturą CZP) opartego o uśredniony czas hospitalizacji.

### **Zadanie:**

#### **Opracowanie systemu finansowania świadczeń realizowanych w ramach Centrum Zdrowia**

---

<sup>6</sup> zgodne z wymogami odnośnie minimalnego składu personelu CZP (patrz pkt. 10)

**Psychicznego oraz zasad finansowania opieki stacjonarnej na I poziomie referencyjnym (poza strukturą CZP), a następnie wyliczenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podstawowej stawki kapitałowej dla CZP i parametrów jej wzrostu oraz stawki leczenia stacjonarnej na I poziomie referencyjnym.**

7. Biorąc pod uwagę, iż obecne finansowanie opieki psychiatrycznej nie sprzyja przechodzeniu na model środowiskowy, zasadnym wydaje się, by w okresie transformacji, nie dalej niż do końca 2027 r., w ramach finansowania leczenia stacjonarnej wprowadzić mechanizm wspierający proces przechodzenia na model opieki środowiskowej oparty o wskaźniki:

- hospitalizacji – mierzonego liczbą pacjentów hospitalizowanych w stosunku do liczby pacjentów ogółem (im mniejszy odsetek, tym wyższy współczynnik premiujący od 1,05 do 1,3);
- średniego czasu hospitalizacji – mierzonego średnią liczbą dni hospitalizacji, przy czym jeśli czas między dwiema hospitalizacjami w przypadku jednego pacjenta będzie mniejszy niż 30 dni, traktowane są one jako hospitalizacja ciągła (im krótszy czas hospitalizacji, tym wyższy współczynnik premiujący od 1,05 do 1,3);

np.

wsk. średniego czasu hospitalizacji	wsk. hospitalizacji	współczynnik premiujący
>35 dni	>40%	1
<35 dni	<40%	1,1
<28 dni	<30%	1,2
<21 dni	<20%	1,3

\* przy czym ostateczna wartość współczynnika premiującego jest średnią współczynników dla każdego ze wskaźników

**Zadanie:**

**Wprowadzenie do systemu rozliczania świadczeń stacjonarnych, przez podmioty działające poza CZP, systemu premiowania krótkiej hospitalizacji i prowadzenia pacjentów w trybie ambulatoryjnym lub dziennym.**

8. Analiza NFZ wskazuje również na zróżnicowanie w strukturze personelu i udzielanych świadczeń w CZP. Obecnie rozporządzenie pilotażowe nie wskazuje struktury zatrudnienia personelu a jedynie wskaźnik zatrudnienia na 1000 świadczeniobiorców powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania Centrum. W trakcie jednego ze spotkań Zespołu, przy współpracy z gronem ekspertów wypracowano rekomendowany minimalny skład personelu specjalistycznego dla CZP ze 100 tys. populacją (załącznik nr 4). Zakłada się, że wskazany minimalny skład personelu jest wystarczający do realizacji świadczeń dla ok. 1% populacji CZP z wyłączeniem personelu realizującego świadczenia całodobowe. Dla zachowania oczekiwanego standardu usług i dostępności do świadczeń wraz ze wzrostem

popytu na świadczenia w danym CZP, liczba osób zatrudnionych powinna odpowiednio wzrastać zachowując rekomendowaną strukturę, z uwzględnieniem potrzeb świadczeniobiorców.

9. Finansowanie ryczałtowe świadczeń wymusza wprowadzenie mechanizmów standaryzujących działalność diagnostyczno-terapeutyczną oraz monitorujących jakość realizacji świadczeń. Niezbędne wydaje się opracowanie wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych (zasady postępowania w PZK, wzory dokumentów, zasady konstruowania planów zdrowienia, etc.) oraz określenie parametrów jakościowych wymaganych do utrzymania stawki kapitacyjnej na podstawowym poziomie. Zakłada się, że oczekiwane poziomy wskaźników powinny zostać osiągnięte w przeciągu 2 lat od rozpoczęcia działalności. Wspomniane wyżej standardy i parametry jakościowe (wskaźniki akredytacyjne) oraz ich poziomy minimalne i oczekiwane powinny zostać określone na podstawie analiz i doświadczeń zebranych przez Biuro do spraw pilotażu przy współpracy z ekspertami ogólnopolskich towarzystw naukowych. W ramach prac zespołu zaproponowane zostały parametry, które mogą stanowić punkt wyjścia do opracowania listy wskaźników akredytacyjnych (patrz załącznik nr 5). W przyszłości niezbędna będzie również cykliczna ewaluacja wskaźników jakościowych jednak, zdaniem zespołu, nie częściej niż co 5 lat.

Rekomendowane jest także uwzględnienie w wysokości stawki kapitacyjnej posiadania przez CZP akredytacji.

**Zadanie:**

**Opracowanie standardów diagnostyczno-terapeutycznych, parametrów i katalogu gromadzonych danych na potrzeby wdrożenia systemu akredytacji CZP oraz zasad ewaluacji tych wskaźników.**

***dotyczące II i III poziomu referencyjnego***

10. Realizacja świadczeń na II i III poziomie referencyjnym wymaga opracowania wystandaryzowanych programów terapeutycznych i wysokospecjalistycznych procedur diagnostycznych<sup>7</sup>, a następnie dokonania wyceny tych świadczeń przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Zadanie:**

**Przygotowanie wspólnie z Ministerstwem Funduszy programów finansujących ze środków unijnych projektów dotyczących opracowania programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych, a także ich pilotażu i ewaluacji.**

---

<sup>7</sup> Działania te (opracowanie specjalistycznych programów diagnozy i leczenia wybranych zaburzeń psychicznych, ich pilotaż oraz zapewnienie niezbędnych materiałów i sprzętu diagnostyczno-terapeutycznego w placówkach realizujących pilotaż, a także szkolenia dla pracowników tych placówek) zostały wskazane do programu w ramach nowej perspektywy unijnej.

11. Biorąc pod uwagę, iż prace nad opracowaniem wystandaryzowanych programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych, ich pilotażem i wyceną mogą potrwać do 2025, a nawet do 2027 r., rekomenduje się wzrost finansowania umożliwiający realizację świadczeń w procesie transformacji systemu.

**Zadanie:**

**Przygotowanie propozycji wyceny świadczeń specjalistycznych w okresie transformacji.**

***Pozostałe rekomendacje***

12. Wprowadzenie reformy w systemie wymaga wsparcia rozwoju kadr. Zespół rekomenduje kontynuowanie działań systemowych polegających na:

- włączeniu do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK) kwalifikacji rynkowej dotyczącej wspierania osób doświadczających różnorodnych kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z podobnym doświadczeniem w przeszłości, które przeszły odpowiednie szkolenie i własną psychoterapię (asystentów zdrowienia);
- dążeniu do wzrostu liczby specjalistów: lekarzy psychiatrów, psychologów klinicznych i psychoterapeutów;

oraz podjęcie działań polegających na:

- wspieraniu nowych zawodów i ról zdefiniowanych w standardach organizacyjnych CZP, tj.: asystentów zdrowienia, koordynatorów opieki czynnej oraz terapeutów środowiskowych poprzez finansowanie szkoleń w celu uzyskania kwalifikacji oraz podniesienia kompetencji, promocję zawodu i zapewnienie miejsc pracy;
- wprowadzeniu w programie specjalizacji z psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży obowiązkowego kursu z zakresu psychiatrii sądowej oraz 2 miesięcznego stażu w oddziale realizującym środek zabezpieczający w psychiatrii (dla dorosłych lub nieletnich);
- odpowiednim zaimplementowaniu i stosowaniu wytycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w zakresie psychiatrii sądowej do kształcenia biegłych sądowych lekarzy psychiatrów i psychologów;
- wypracowaniu mechanizmów uatrakcyjniających pracę w publicznych podmiotach, jako odpowiedzi na ryzyko wypalenia zawodowego oraz przechodzenia do systemu prywatnego, np. poprzez system podnoszenia kwalifikacji specjalistów pracujących w systemie i zapewnienie superwizji.

Środki unijne na lata 2022-2027 mogą istotnie wesprzeć również te działania.

13. W proponowanym w załączniku nr 1 katalogu świadczeń pominięto świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu. Zdaniem zespołu funkcjonowanie hostelu w strukturze CZP powinno być poprzedzone: wypracowaniem zasad kwalifikowania pacjentów do hostelu, określeniem rodzaju udzielanej pomocy, kryteriów wypisu oraz pilotażem i odrębną wyceną. Należy więc opracować program pilotażowy, który pomoże zweryfikować realizację tego typu świadczeń.

14. Reforma opieki psychiatrycznej to nie tylko zmiana modelu organizacji i sposobu finansowania opieki psychiatrycznej, ale również zmiana podejścia do pacjenta i jego współodpowiedzialności za proces zdrowienia. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przy współpracy z organizacjami zrzeszającymi pacjentów oraz ich bliskich powinno opracować standardy opieki psychiatrycznej na wszystkich poziomach referencyjnych odnoszące się przede wszystkim do przestrzegania praw pacjentów z naciskiem na konieczność zapewnienia pacjentom poszanowania ich godności i intymności oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa. Standardy te powinny zostać opracowane jak najszybciej by mogły stanowić wytyczne dla ekspertów pracujących nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz wskaźnikami jakościowymi (akredytacyjnymi). Oczekiwana przez pacjentów jakość opieki i standard leczenia powinny być również uwzględnione przy dokonywaniu nowych wycen dla zreformowanych świadczeń. Dokument ten powinien być rozwinięciem i doszczegółowieniem postulatów spisanych w trakcie spotkania członków Zespołu z przedstawicielami organizacji pacjenckich i zawartych w załączniku nr 6. Rekomenduje się ponadto objęcie opieką Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pacjentów CZP oraz oddziałów dziennych psychiatrycznych.
15. Na dzień dzisiejszy trudno wskazać, o ile powinien wzrosnąć budżet na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Udział procentowy wydatków na ochronę zdrowia psychicznego w budżecie NFZ powinien wynikać z potrzeb społecznych (zarówno ilościowych jak i jakościowych) oraz wyceny AOTMiT zgodnej z rekomendacjami z pkt. 6 i 9 oraz uwzględniać wzrost kosztów leczenia zaburzeń psychicznych w ogólnych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej<sup>8</sup>. Eksperti Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wskazują, że nie powinien być on niższy niż 6% .

### **Ustalenia (rekomendacje) dotyczące reformy systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży**

Deinstytucjonalizacja, a więc przeniesienie ciężaru opieki nad pacjentem do jego środowiska w przypadku dzieci i młodzieży wydaje się być jeszcze bardziej uzasadniona niż w przypadku systemu dla osób dorosłych. W wielu zaburzeniach psychicznych, pojawiających się w dzieciństwie, można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji, jak konsultacja psychologiczna, psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Do lekarzy psychiatrów powinny być kierowane wyłącznie dzieci i młodzież potrzebujące diagnozy psychiatrycznej lub terapii farmakologicznej. Warunkiem jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy. Pozwala to nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym,

<sup>8</sup> Proporcjonalny do wydatków Państwa ponoszonych na konsekwencje wynikających z ponoszonych kosztów społecznych (absencje chorobowe, renty, opieka społeczna, uzależnienia, etc.)

która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby. Hospitalizacja i związane z nią oderwanie od środowiska dziecka - jego rodziny przyjaciół i szkoły – powinny być ostatecznością.

Z uwagi na zaawansowanie reformy w zakresie systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieżą, prace nad tym obszarem zostały ograniczone do weryfikacji założeń reformy i zebrania doświadczeń z blisko 2- letniego okresu wdrożenia w ramach podzespołu. Efektem prac podzespołu/grupy roboczej jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 15.12.2021 r. oraz Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13.01.2022 r. Ponadto w toku prac wypracowane zostały następujące rekomendacje dotyczące konieczności podjęcia następujących działań:

1. Zdefiniowanie nowych świadczeń gwarantowanych w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, uwzględniających charakterystykę pracy i zadań poszczególnych poziomów referencyjnych, potrzeby diagnostyczne i terapeutyczne młodych pacjentów<sup>9</sup>, oraz specyfikę w/w interwencji dla tej grupy wiekowej (w tym konieczność współpracy z innymi podmiotami zajmującymi się opieką nad dzieckiem i jego rodziną, które są warunkiem niezbędnym do prawidłowej i efektywnej realizacji świadczeń).
2. Powołanie Komisji Psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających dla nieletnich z zadaniem wskazywania stosownego miejsca leczenia nieletniego w oddziale stacjonarnym, zgodnie z postanowieniem sądu.
3. Prowadzenie przez oddziały NFZ bieżącej ewaluacji organizacji świadczeń, pod kątem tworzenia się sieci poziomów referencyjnych i identyfikowania tzw. „białych plam”, czyli miejsc na mapie Polski, w których brak jest dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Efektem ewaluacji powinny być kwartalne raporty przekazywane do Ministerstwa Zdrowia, w których wskazywane byłyby przyczyny trudności z zapewnieniem dostępu do świadczeń. Zgodnie z założeniami reformy, ośrodki I poziomu referencyjnego mają działać na terenie każdego powiatu. W związku powyższym szacuje się, że docelowo powinno ich być ok. 420. Niemniej istotne jest, by ostateczna liczba podmiotów I poziomu referencyjnego była ustalona i dostosowana do potrzeb populacyjnych danego regionu. Rekomendowany jest zatem stały monitoring stopnia realizacji kontraktu oraz list oczekujących i w razie potrzeby ogłaszanie konkursów na nowe podmioty.

---

<sup>9</sup> Zaburzenia psychiczne pojawiające się w dzieciństwie i adolescencji są wynikiem wielu czynników biologicznych i środowiskowych, mają związek z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, relacjami w rodzinie, szkole oraz grupach rówieśniczych, stresem i narażeniem na kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się narastanie częstości zaburzeń zależnych lub częściowo zależnych od uwarunkowań cywilizacyjnych (np. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, zaburzenia związane ze stresem). Zmianie ulega także obraz kliniczny zaburzeń – coraz częściej dominującymi objawami stają się zachowania agresywne i autodestrukcyjne.

4. Redefinicja zadań i składu Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Głównym zadaniem Zespołu na lata 2022-2027 powinna być bieżąca analiza postępów w reformowaniu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz ewaluacja modelu w oparciu o efekty projektu PO WER „Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży” oraz raporty NFZ dot. sieci ośrodków referencyjnych. Efektem prac Zespołu powinny być rekomendacje rozwiązań, w tym (na koniec 2022 r.) plan dojścia do oczekiwanej struktury sieci wraz z planowanym wsparciem środkami europejskimi<sup>10</sup> regionów znajdujących się w trudnej sytuacji, jeśli chodzi o dostęp do świadczeń psychiatrycznych, oraz projekty niezbędnych/koniecznych zmian w przepisach prawnych.
5. Dofinansowanie modernizacji lub odpowiedniego zagospodarowania należących do szpitali pomieszczeń oraz terenu przeznaczonych na cele terapeutyczne i rekreacyjne mające za zadanie zagwarantowanie bezpieczeństwa pacjentów oraz prowadzenie efektywnych form terapii – realizacja „Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023” wpisanego do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.
6. Upowszechnienie informacji o pomocy udzielanej w nowopowstających placówkach umiejscowionych blisko miejsca zamieszkania dziecka – ośrodkach/zespołach I poziomu referencyjnego. Pomoc udzielana przez ośrodki I poziomu ma być oparta na pracy środowiskowej. Zgodnie z rozporządzeniem opisującym nowy model, ośrodki mają udzielać minimum 15% świadczeń w środowisku pacjenta. Dzięki temu możliwe będzie włączenie w proces zdrowienia środowiska rodzinnego i szkolnego, w którym na co dzień funkcjonuje dziecko. Cały czas jest to nowy rodzaj świadczeń, który spotyka się z niezrozumieniem zarówno ze strony personelu (na czym ma polegać i jaki jest zakres udzielanej pomocy), jak i pacjentów czy ich opiekunów (czego mogą oczekiwać, na jakie wsparcie liczyć). Proponuje się zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia do prowadzenia akcji informacyjnych o zasięgu regionalnym, jako wsparcie kampanii przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia.
7. Wypracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych, dla wszystkich poziomów referencyjnych w ramach realizowanego obecnie w Ministerstwie projektu PO WER. Wdrożenie standardów powinno być poprzedzone szerokimi konsultacjami i analizą wykonalności, tak aby uwzględniać specyfikę funkcjonowania zarówno na lepiej, jak i słabiej zurbanizowanych terenach.
8. Rozpoczęcie prac nad reformą sprofilowanej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (psychiatria sądowa, leczenie uzależnień, oddziały dzienne i poradnie dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, psychiatryczne ZOL'e i ZPO dla dzieci i młodzieży),

---

<sup>10</sup> W ramach działania „Rozwój podmiotów nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” zaplanowanego do realizacji w nowej perspektywie unijnej

w tym także opracowanie i weryfikacja w ramach pilotażu specjalistycznych programów diagnostyczno-terapeutycznych, realizowanych na II i III poziomie referencyjnym, dla określonych grup rozpoznai i problemów zdrowotnych (na wzór programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin).

9. Wypracowanie systemu zachęt dla personelu medycznego i niemedycznego do podejmowania pracy w placówkach publicznego systemu opieki psychiatrycznej. Przykładem mogą być szkolenia współfinansowane ze środków unijnych, czy finansowanie specjalizacji dla psychologów klinicznych i psychoterapeutów dzieci i młodzieży jedynie dla osób pracujących w podmiotach leczniczych, proporcjonalnie do części etatu.
10. Przy współpracy z Ministerstwem Edukacji i Nauki oraz Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej należy wypracować model wsparcia rodziny w kryzysie psychicznym. Model ten powinien jasno definiować zadania podmiotów świadczących usługi społeczne w ramach poszczególnych resortów, zasady współpracy między nimi i zakres odpowiedzialności, oraz zapewniać kompleksowe wsparcie dla małych pacjentów i ich rodzin. Biorąc pod uwagę terytorialny zasięg niezbędnej pomocy, za wdrożenie modelu oraz koordynację współpracy pomiędzy podmiotami powinny być odpowiedzialne jednostki samorządu terytorialnego.

### **Ustalenia (rekomendacje) dotyczące reformy systemu psychiatrii sądowej**

W celu kompleksowego podejścia do reformy, rekomenduje się również podjęcie niżej wymienionych działań w zakresie psychiatrii sądowej prowadzących do:

- optymalizacji wykorzystania miejsc w zakładach psychiatrycznych na poziomie maksymalnego, wzmocnionego i podstawowego poziomu zabezpieczenia oraz w ramach nie izolacyjnego (wolnościowego) środka zabezpieczającego;
- ujednoczenia przewidzianych zadań zawartych w prawie karnym w ramach realizowanego środka zabezpieczającego w psychiatrii z zadaniami zawartymi w ustawie o świadczeniach gwarantowanych;
- włączenia do systemu izolacyjnych środków zabezpieczających nowego rodzaju środka zabezpieczającego – oddziału długoterminowej opieki sądowo-psychiatrycznej, przeznaczonego dla osób z ograniczonym pozytywnym rokowaniem w zakresie stopnia stwarzania zagrożenia dla życia lub zdrowia innych oraz równocześnie wymagających długoterminowej opieki ogólnomedycznej z uwagi na poziom niepełnosprawności;
- stworzenia narzędzi cyfrowego monitorowania przepływu osób w systemie środków zabezpieczających, będących wsparciem dla Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających w Psychiatrii przy Ministrze Zdrowia, oraz informowania o stopniu wykorzystania miejsc w poszczególnych oddziałach;

- opracowania propozycji systemowych zmian legislacyjnych zmierzających do usytuowania w systemie wymiaru sprawiedliwości Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym przeznaczonego dla osób po zakończeniu odbywania kary pozbawienia wolności a stwarzających nadal zagrożenie dla życia i zdrowia;
- opracowania i wdrożenia na identycznych zasadach standardy organizacyjne dla wszystkich oddziałów i zakładów psychiatrycznych o maksymalnym, wzmocnionym i podstawowym poziomie zabezpieczenia;
- opracowania propozycji współfinansowania realizacji środka zabezpieczającego w psychiatrii z podziałem na koszty medyczne oraz będące wynikiem konieczności zapewnienia bezpieczeństwa publicznego zgodnie z prawomocnym postanowieniem sądu;
- ustanowienia w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Biura Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. psychiatrii sądowej w ramach Krajowego Ośrodka ds. Psychiatrii.

## Podsumowanie i harmonogram

Biorąc pod uwagę powyższe rekomendacje, w celu sprawnego i efektywnego wdrażania reformy ochrony zdrowia psychicznego zgodnie ze Strategią Deinstytucjonalizacji w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznym stanowiącej załącznik do opracowywanego dokumentu strategicznego „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” niezbędne jest podjęcie zadań zgodnie z poniższym harmonogramem.

L.p.	Zadanie:	Termin realizacji:	Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania
1.	Aktualizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.	I-XII'2022	MZ - DZP
2.	Nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i zmiany w Ustawie o działalności leczniczej oraz ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	I-XII'2022	MZ – DZP+DL
3.	Zmiana koszyka świadczeń gwarantowanych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień wdrażająca trójpoziomowy model opieki psychiatrycznej, w tym opracowanie nowych świadczenia gwarantowanych (odrębnie dla CZP-A i CZP-B).	Świadczenia gwarantowane dla CZP – XII'2022; Pozostałe zmiany w koszyku – systematycznie do końca 2027 r.	MZ – DZP+DL; NFZ
4.	Opracowanie i wdrożenie regionalnych strategii rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego oraz planów transformacji.	Opracowanie regionalnych strategii – IX'2022; wdrożenie do końca 2030 r.	NFZ
5.	Wdrożenie Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia.	III'2023 r.	MZ-DZP + Biuro ds. Pilotażu;
6.	Opracowanie systemu finansowania świadczeń realizowanych w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego oraz zasad finansowania opieki stacjonarnej na I poziomie referencyjnym (poza strukturą CZP),	III'2022 r.	MZ–DZP, DL + NFZ
7.	Wycena podstawowej stawki kapitacyjnej dla CZP i parametrów jej wzrostu oraz stawki leczenia stacjonarnego na I poziomie referencyjnym.	XII'2022 r.	AOTMiT
8.	Wprowadzenie do systemu rozliczania świadczeń stacjonarnych, przez podmioty działające poza CZP, systemu premiowania krótkiej hospitalizacji i prowadzenia pacjentów w trybie ambulatoryjnym lub dziennym.	II'2022 r.	NFZ
9.	Opracowanie parametrów i katalogu gromadzonych danych na potrzeby wdrożenia systemu akredytacji CZP oraz zasad ewaluacji tych wskaźników.	XII'2022	MZ-DZP + Biuro ds. Pilotażu;
10.	Opracowanie standardów diagnostyczno-terapeutycznych.	XII'2023	MZ-DZP + Biuro ds. Pilotażu
11.	Przygotowanie programów finansujących ze środków unijnych projektów dotyczących opracowania programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych, a także ich pilotażu i ewaluacji.	XII'2022	MZ-DZP

12.	Przygotowanie propozycji wyceny świadczeń specjalistycznych w okresie transformacji.	VI'2022 r.	NFZ
13.	Włączenie do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK) kwalifikacji rynkowej dotyczącej asystentów zdrowia;	XII'2022 r.	MZ-DRKM+DZP
14.	Dążenie do wzrostu liczby specjalistów: lekarzy psychiatrów, psychologów klinicznych i psychoterapeutów, w tym wypracowanie systemu zachęt i motywatorów.	zadanie stałe	MZ-DRKM
15.	Wspieranie nowych zawodów i ról zdefiniowanych w standardach organizacyjnych CZP, tj.: asystentów zdrowia, koordynatorów opieki czynnej oraz terapeutów środowiskowych poprzez finansowanie szkoleń w celu uzyskania kwalifikacji oraz podniesienia kompetencji, promocję zawodu i zapewnienie miejsc pracy	I'2023 - XII'2027 r.	MZ-DRKM (?)
16.	Analiza pod kątem możliwości wprowadzenia w programie specjalizacji z psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży obowiązkowego kursu z zakresu psychiatrii sądowej oraz 2 miesięcznego stażu w oddziale realizującym środek zabezpieczający w psychiatrii (dla dorosłych lub nieletnich)	XII'2022 r.	MZ-DRKM
17.	Opracowanie i realizacja programu pilotażowego dotyczącego realizacji świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu	opracowanie programu – XII'2022 r.; realizacja – I'2023 – XII'2025	MZ - DZP
18.	Opracowanie i wdrożenie standardów opieki psychiatrycznej	I-XII'2022	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
19.	Redefinicja świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	I-XII'2022	MZ-DZP
20.	Powołanie Komisji Psychiatrycznej do spraw środka leczniczego dla nieletnich	VI'2023	MZ-DZP
21.	Prowadzenie przez oddziały NFZ bieżącej ewaluacji organizacji i realizacji świadczeń we wszystkich poziomach referencyjnych opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	zadanie stałe, raportowane kwartalnie	NFZ+ Zespół ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży
22.	Nowelizacja zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	I' 2022 r.	MZ-DZP
23.	Realizacja „Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023”	I'2022 – XII'2023 r.	MZ-DZP+DOI
24.	Prowadzenie kampanii informacyjnych dot. promocji zdrowia psychicznego oraz dostępu do opieki psychologicznej, psychoterapeutycznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży; w tym aktualizacja informacji na portalu pacjent.gov.pl	zadanie stałe	MZ-BK,DZP + NFZ

25.	Wypracowanie założeń reformy sprofilowanej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (psychiatria sądowa, leczenie uzależnień, oddziały dzienne i poradnie dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, psychiatryczne ZOL'e i ZPO dla dzieci i młodzieży),	XII'2023 r.	MZ-DZP+ Zespół ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży
26.	Podjęcie działań w kierunku wypracowania, przy współpracy z Ministerstwem Edukacji i Nauki oraz Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, modelu wsparcia rodziny w kryzysie psychicznym.	XII'2022 r.	MZ-DZP
27.	Ustanowienie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Biura Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. psychiatrii sądowej w ramach Krajowego Ośrodka ds. Psychiatrii, w ramach którego zostaną podjęte działania reformujące psychiatrię sądową.	XII'2022 r.	MZ-DZP