BIAŁA KSIĘGA

Centra Zdrowia Psychicznego

Reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dorosłych

Wersja 2.0



Samorząd Województwa Pomorskiego

Wydawca

Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego

ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk

www.pomorskie.eu

Departament Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, ul. Rzeźnicka 58, 80-822 Gdańsk

e-mail: dz@pomorskie.eu

Gdańsk 2026

© Samorząd Województwa Pomorskiego, 2026



Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce Białą Księgę Reformy Psychiatrii — opracowanie przygotowane z myślą o dalszym rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego w Województwie Pomorskim oraz w Polsce.

Dokument powstał na bazie ośmioletnich doświadczeń związanych z wdrażaniem pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego (2018–2026), analiz funkcjonowania systemu, obserwacji praktyki klinicznej i organizacyjnej oraz współpracy przedstawicieli środowisk medycznych, samorządowych i społecznych. Jego celem jest podsumowanie dotychczasowych doświadczeń oraz przedstawienie spójnej wizji dalszego rozwoju psychiatrii środowiskowej wraz z propozycją konkretnych działań niezbędnych do zakończenia procesu reformy.

Osiem lat funkcjonowania pilotażu pozwoliło zweryfikować założenia reformy, zidentyfikować dobre praktyki oraz ujawnić bariery organizacyjne, finansowe i legislacyjne, które wymagają rozwiązania przed pełnym wdrożeniem nowego modelu opieki.

Biała Księga nie ogranicza się do diagnozy obecnej sytuacji. Zawiera propozycję kompleksowego modelu organizacji opieki psychiatrycznej, obejmującego:

- rekomendacje dotyczące docelowego funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego,
- propozycje zmian legislacyjnych i organizacyjnych,
- rozwiązania problemów zidentyfikowanych w trakcie pilotażu,
- model zarządzania jakością i monitorowania efektów reformy,
- kierunki rozwoju współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, pomocą społeczną, edukacją, wymiarem sprawiedliwości oraz administracją publiczną.

Powodzenie reformy psychiatrii nie zależy wyłącznie od zmian w systemie ochrony zdrowia. Wymaga skoordynowanych działań administracji rządowej, samorządów wszystkich szczebli, świadczeniodawców, organizacji pozarządowych, pracodawców i środowisk naukowych. Jednocześnie wyrażam głębokie przekonanie, że zmiany nie powinny być

realizowane w trybie dyrektywnym tylko uwzględniać głos interesariuszy nie pomijając kluczowych — to jest samych pacjentów i ich rodzin.

Województwo Pomorskie wraz z innymi samorządami regionu od lat jest szczególnie zaangażowane w rozwiązywanie problemów zdrowia psychicznego we wszystkich możliwych formach: od realizacji programów, rozwój i utrzymanie niezbędnej infrastruktury w podmiotach leczniczych po zabieganie o kluczowe decyzje na szczeblu krajowym. Wśród tych aktywności nie zabrakło miejsca na działania związane z procesem transformacji psychiatrii; region dysponuje dziś znaczącym doświadczeniem w rozwijaniu opieki środowiskowej. Doświadczenia te mogą stać się elementem ogólnopolskiej dyskusji nad ostatecznym kształtem reformy oraz inspiracją dla działań na poziomie regionalnym.

Przedstawione opracowanie ma być punktem wyjścia do merytorycznej debaty nad przyszłością systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz wsparcie przy tworzeniu regionalnych strategii zdrowotnych i społecznych.



Mieczysław Struk
Marszałek Województwa Pomorskiego

Spis treści

Kontekst dokumentu 6

Streszczenie 10

Jak czytać Białą Księgę 13

Rozdział I. Praktyka opieki środowiskowej 15
1.1. Skala kryzysu zdrowia psychicznego — pięć wymiarów 15
1.2. Polski kontekst społeczny — wyzwania specyficzne 22
1.3. Dotychczasowy model opieki psychiatrycznej wyczerpał swoje możliwości 31
1.4. Dobra opieka: dwa filary teoretyczne 33
1.5. Zidentyfikowane problemy pilotażu i kierunki ich rozwiązania 37

Rozdział II. Tematyka zdrowotna i wymiar medyczny reformy 50
2.1. Skala i struktura potrzeb zdrowotnych 50
2.2. Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka 70
2.3. Ewaluacja i wnioski z pilotażu 71
2.4. Wskaźniki jakości 74
2.5. Koordynacja i integracja z innymi obszarami ochrony zdrowia 81

Rozdział III. Wymiar międzysektorowy 85
3.1. Architektura wdrożenia współpracy międzysektorowej 86
3.2. Integracja z pomocą społeczną i przeciwdziałanie nierównościom 93
3.3. Integracja z sektorem edukacji – pełnoletni uczniowie 96
3.4. Partycypacja i aktywizacja zawodowa 98
3.5. Kontekst rodzinny pacjentów 100
3.6. Zasoby już istnieją — zdolność organizacyjna do wdrożenia 104

Rozdział IV. Ład zarządczy 107
4.1. Model kontraktowania 108
4.2. Mechanizmy koordynacji wsparcia 110
4.3. Struktury zarządzania 112
4.4. Mapa drogowa wdrożenia 114

Rozdział V. Finansowanie centrów zdrowia psychicznego 116
5.1. Sposób wyliczenia budżetu centrum zdrowia psychicznego 118
5.2. Jeden obszar, dwa sposoby realizacji — typ A i typ B 120
5.3. Jak wyznacza się obszary — wojewódzki plan odpowiedzialności terytorialnej 123
5.4. Województwo pomorskie — studium przypadku 124
5.5. Dwa typowe przypadki z mapy pomorskiej — Starogard i Tczew 131
5.6. Gdańsk — jeden kod TERYT, dwa centra 132
5.7. Dwie symulacje dla dwóch obszarów województwa 135
5.8. Realizacja potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem EBM 138

Rozdział VI. Propozycje zmian legislacyjnych 141
6.1. Cel rozdziału i zasada minimalizmu legislacyjnego 141
6.2. Architektura pakietu — trzy poziomy regulacji 144
6.3. Postulowane zmiany ustawowe 148
6.4. Trzy filary o randze ustawowej 151
6.5. Akty wykonawcze 153
6.6. Zgodność z Krajowym Planem Transformacji 155
6.7. Wymiar międzysektorowy 163
6.8. Punkty decyzyjne i dalsze kroki 174

Załącznik. Pomorski Model wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego wchodzących na rynek pracy — projekt rozwiązania „Jeden Krok” **175**

Aneks. Porównanie Białej Księgi z materiałami środowiska i Ministerstwa Zdrowia **196**

Bibliografia **203**

Wykaz aktów prawnych **208**
Ustawy 208
Rozporządzenia 209
Projekty aktów prawnych 210
Akty prawa Unii Europejskiej 210

Kontekst dokumentu

Biała Księga jest dokumentem opisującym centra zdrowia psychicznego dla osób dorosłych. Nie obejmuje pełnego modelu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego, w szczególności psychiatrii dzieci i młodzieży, leczenia uzależnień, psychiatrii sądowej itd. Psychiatria dzieci i leczenie uzależnień — wraz ze zdrowiem psychicznym osób starszych — zostało wskazane w opracowaniu jako wymagające odrębnych prac i ustaleń na kolejnym etapie reformy. Wskazano tylko te elementy, które są punktami styku i wymagają aktualnie zaprojektowania rozwiązań na etapie wdrażania centrów zdrowia psychicznego do rozwiązań systemowych.

Punktem wyjścia są dwa fakty. Po pierwsze, sieć CZP obejmuje już ponad połowę dorosłej populacji, dlatego nie jest rozwiązaniem marginalnym ani wyłącznie pilotażowym. Po drugie, nierówny dostęp, brak jednolitych mierników jakości i niespójne zasady odpowiedzialności terytorialnej mogą utrwalić problemy ujawnione w trakcie pilotażu. Reforma wymaga więc jednocześnie dokończenia i korekty.

Biała Księga powstaje w szczególnym momencie. Pilotaż CZP, który miał zakończyć się 30 czerwca 2021 r., w grudniu 2025 r. został przedłużony do końca 2026 r. Ósmy rok jego realizacji jest — a przynajmniej powinien być — ostatnim, w którym to rozwiązanie funkcjonuje poza ramami ustawowymi. Raport końcowy Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego, opublikowany w lutym 2026 r., zawiera szczegółowy harmonogram przejścia z pilotażu do trwałego systemu. W tle tych prac toczy się kilka równoległych procesów, których splot wymaga rzecznictwa systemowego. Rekomendacją nr 68/2026 z 22 maja 2026 r. Prezes AOTMiT zarekomendował zakwalifikowanie modelu CZP jako świadczeń gwarantowanych (art. 31c ustawy o świadczeniach), co otwiera formalną ścieżkę przejścia z pilotażu do koszyka świadczeń gwarantowanych i czyni propozycje Białej Księgi bezpośrednio aplikowalnymi w pracach nad rozporządzeniem (zob. 6.1). Przywołane dane i stan prawny odzwierciedlają stan na 30 czerwca 2026 r., o ile nie zaznaczono inaczej.

Równolegle w przestrzeni publicznej **systematycznie powraca krytyka pilotażu** — nie tylko podnoszona i wykorzystywana przez środowiska zachowujące dystans wobec psychiatrii środowiskowej, ale także w mediach głównego nurtu. Krytyka pojawia się przy konkretnych ujawnionych nieprawidłowościach — np. błędach rozliczeniowych NFZ na 4,4 mln zł w jednym województwie, schematach biznesowych w niektórych CZP, konflikcie interesów w pracach organów eksperckich. Co najmniej część z nich skłania do poważnego rozważenia pod kątem pożądanych dla przejrzystości zmian strukturalnych. Biała Księga nie omija powyższych problemów, identyfikuje je i proponuje odpowiedzi instytucjonalne.

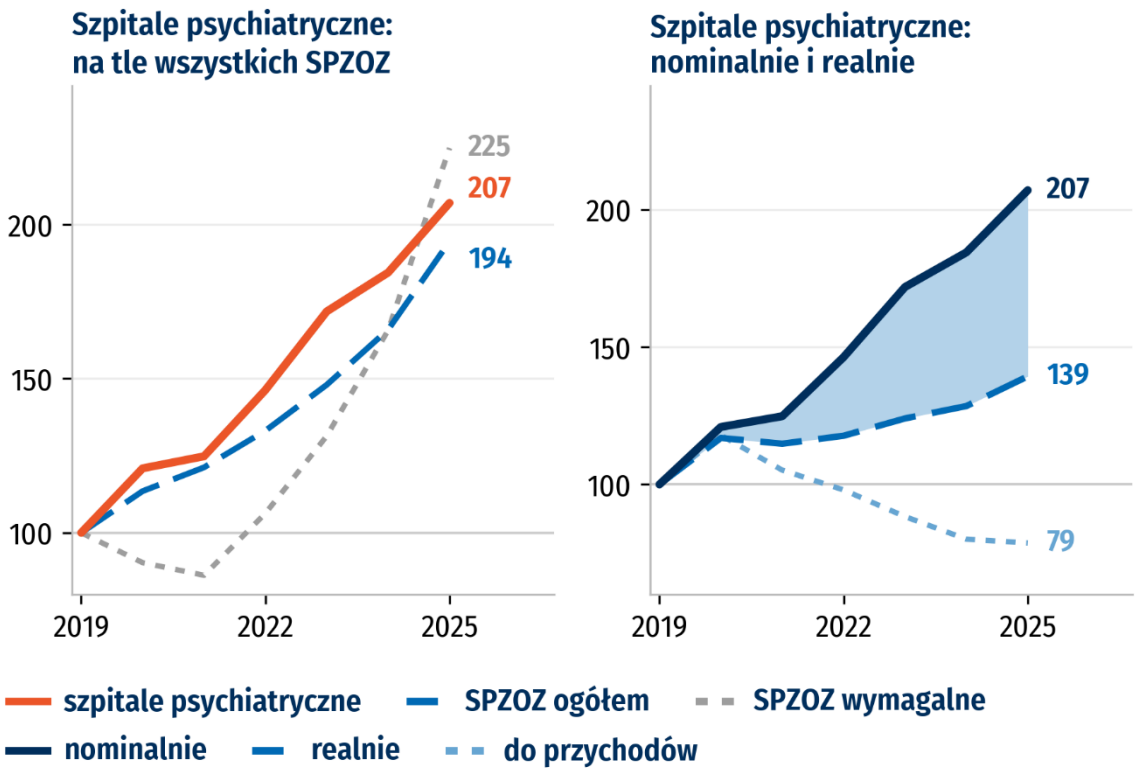
Dążąc do obiektywizacji obrazu należy przypomnieć, jakie strukturalne problemy reforma ma rozwiązać. Model azylowy — wieloletnie hospitalizacje, izolacja od środowiska, słaba ochrona praw pacjenta — generował własne, dobrze udokumentowane dysfunkcje. Krytyka

pilotażu nie może więc oznaczać powrotu do punktu wyjścia; chodzi o naprawę nowego modelu, a nie o obronę starego.

Celem nowego systemu finansowania powinno być utrzymanie równowagi między bodźcem do zapewniania potrzebnej opieki a ryzykiem nadmiernej interwencji — w duchu zarządzania opartego na wartościach i pomnażania wartości publicznej, tak aby osiągnąć optymalną dostępność leczenia.

Zobowiązania szpitali psychiatrycznych na tle sektora

Indeks 2019 = 100



Niezależnie od tego narasta problem zasobów kadrowych szpitali psychiatrycznych, który dotyka pacjentów. Raport Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL) z 5 października 2025 r. pokazuje, że 97% rezydentów dyżuruje w więcej niż jednej jednostce, 51% ma pod opieką ponad 100 pacjentów jednocześnie, 20% — ponad 300. Badanie dokumentuje obciążenie dyżurowe; jego uwarunkowania obejmują długotrwałe problemy finansowe i kadrowe polskiej psychiatrii, w szczególności dużych szpitali psychiatrycznych. Udział poszczególnych mechanizmów odpowiedzialnych za zidentyfikowane nieprawidłowości — w tym decyzji organizacyjnych — wymaga odrębnej analizy. Obciążenia tego nie da się zrekompensować zwiększeniem liczby CZP. Każda propozycja reformy musi uwzględniać oba poziomy systemu.

Tymczasem **trwa proces legislacyjny** — Ministerstwo Zdrowia w październiku 2025 r. przedstawiło projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (numer UD274),

który spotkał się z poważnymi zastrzeżeniami Rzecznika Praw Obywatelskich (pismo z 15 grudnia 2025 r.) i z apelem RPO o wstrzymanie prac w zakresie wykraczającym poza zmianę terminologii. Krytyka RPO dotyczy między innymi rozszerzenia przesłanek przymusowej hospitalizacji i usunięcia ośmiogodzinnego limitu stosowania przymusu w domach pomocy społecznej — propozycji, które stoją w sprzeczności z trzecią ścieżką transformacji WHO 2022 (podejście oparte na prawach człowieka, *rights-based approach*) i z czwartą zasadą Patela (alternatywy dla przemocy i przymusu). Biała Księga nie może tej sprzeczności pomijać.

Wreszcie, **Polska podjęła zobowiązania międzynarodowe i przyjęła własne rozwiązania ustawowe, w kontekście których Biała Księga w warstwie rekomendacji przekracza ramy** dokumentu rzeczniczego, a może stać się efektywnym narzędziem realizacji wskazanych zobowiązań państwa. Konkluzje Rady UE 9069/25 z 20 czerwca 2025 r., przyjęte za polskiej prezydencji, dają mandat polityczny dla regulacji ochrony dzieci w środowisku cyfrowym, co nie jest możliwe bez przyjęcia równoległych modyfikacji w odniesieniu do opieki nad osobami dorosłymi. Konkluzje te potwierdzają, że zdrowie psychiczne pozostaje politycznym priorytetem Unii, którego krajowym filarem jest reforma centrów zdrowia psychicznego. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* WHO oraz *World Mental Health Report 2022 wyznaczają ramę, w której* polskie reformy są oceniane przez instytucje międzynarodowe. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030* (rozporządzenie Rady Ministrów z 30 października 2023 r., Dz.U. 2023 poz. 2480) przewiduje kierunkowe prace legislacyjne i tworzy programową podstawę do oceny niezbędnych zmian prawnych. Ustawowe osadzenie centrów zdrowia psychicznego jest postulatem niniejszej Białej Księgi.

Cel Białej Księgi jest w tej sytuacji trojaki. Po pierwsze, zaproponować, w warstwie analitycznej, spójny obraz tego, czym CZP są i czym powinny się stać — w języku, który zrozumie zarówno decydent, jak i świadomy czytelnik bez wiedzy specjalistycznej. Po drugie, dostarczyć konkretne założenia zmian legislacyjnych do wprowadzenia w trybie prac sejmowych — wraz z uzasadnieniami merytorycznymi i odpowiedziami na zastrzeżenia, które pojawiały się w dotychczasowej debacie. Po trzecie, otworzyć przestrzeń krytycznej dyskusji nad przyszłością systemu, także na poziomie regionalnym i lokalnym, z jasnym celem uzgodnienia konkretów: jak finansować, jak rozliczać, jak chronić prawa pacjentów, jak włączać samorządy, jak współpracować z pomocą społeczną i edukacją.

Adresatami Białej Księgi są w pierwszej kolejności realizatorzy CZP, organizacje pacjenckie i ruchy osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (*lived experience*), organizacje rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi, dziennikarze i opinia publiczna. W drugiej kolejności decydenci — władza ustawodawcza i wykonawcza: Sejm i Senat Rzeczypospolitej Polskiej, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorządy wojewódzkie, miejskie, powiatowe i gminne. W trzeciej kolejności — środowiska profesjonalne związane z psychiatrią, psychologią, psychoterapią i innymi formami terapii, pracą socjalną, w tym samorządy zawodowe i towarzystwa naukowe.

Oświadczenie o wykorzystaniu sztucznej inteligencji

W przygotowaniu niniejszej pracy wykorzystano narzędzia sztucznej inteligencji wyłącznie w funkcji pomocniczej, obejmującej redakcję i korektę językową tekstu, formatowanie, przygotowanie wykresów i rycin oraz wykonywanie obliczeń na danych dostarczonych przez Autorów. Koncepcja pracy, dobór i analiza literatury oraz innych materiałów źródłowych, interpretacja wyników, formułowanie wniosków, a także weryfikacja obliczeń i treści wygenerowanych przy wsparciu AI zostały przeprowadzone przez Autorów. Autorzy zachowali pełną kontrolę nad ostateczną treścią pracy i ponoszą wyłączną odpowiedzialność za jej rzetelność, poprawność merytoryczną oraz przedstawione wnioski.

Streszczenie

Biała Księga rekomenduje utrzymanie kierunku reformy i przekształcenie pilotażu w trwały system ustawowy — z korektą finansowania, mierników jakości i zasad odpowiedzialności. Polska — kolejnymi decyzjami ministrów zdrowia — przekroczyła próg w reformie opieki psychiatrycznej dla dorosłych, z którego nie ma łatwego odwrotu. Jako kraj odchodzimy od XIX-wiecznego, azylowego modelu opieki oraz tworzymy system, w którym finansowanie jest służebne wobec modelu opieki i standardu leczenia. Głównym celem tej zmiany jest odwrócenie sposobu działania — nastawienie na planowe leczenie i zapobieganie, a nie na reaktywne zarządzanie kryzysem psychicznym obywatelek i obywateli w systemie ochrony zdrowia. Kierunek ten zyskał w maju 2026 r. formalne potwierdzenie. Rekomendacja nr 68/2026 Prezesa AOTMiT otwiera ścieżkę kwalifikacji modelu CZP do świadczeń gwarantowanych (art. 31c), a propozycje Białej Księgi wpisują się wprost w prace nad rozporządzeniem.

Otwarte pozostaje pytanie dotyczące wdrożenia i sposobu finansowania tej zmiany: jak dokończyć budowę systemu, do którego realnie ma dostęp już połowa dorosłych, i jak ustabilizować go ponad rytmem kadencji politycznych. Biała Księga nie podważa kierunku reformy. Wskazuje warunki jej domknięcia.

Formalne włączenie centrów zdrowia psychicznego (CZP) do systemu ochrony zdrowia jest początkiem szerszej zmiany. Sieć obejmuje połowę dorosłej populacji, a same centra — jako organizacje stosunkowo młode — wciąż budują zespoły, metody pracy oraz relacje zewnętrzne, zarówno wewnątrz systemu ochrony zdrowia, jak i poza nim. Utrzymywanie obok niej dawnego modelu w niezmienionym kształcie oznacza niską dostępność, ograniczoną jakość i koszty wymykające się kontroli.

Proponowana reorganizacja opiera się na trzech filarach [tab. Nr 1], które trzeba wdrażać łącznie — pominięcie któregokolwiek osłabia pozostałe i zagraża utrwaleniu zmiany oraz osiągnięciu zakładanych efektów. Filar I odpowiada rozdziałom I–II, filar II — rozdziałowi III, filar III — rozdziałom IV–VI.

Tabela 1. Trzy filary reorganizacji opieki

Filar	Co obejmuje	Cel zarządczy
I. Praktyka opieki środowiskowej	Przesunięcie ciężaru z hospitalizacji do ambulatorium i środowiska; promocja, prewencja, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oparte na dowodach naukowych.	Pokrycie w ciągu dwóch lat 80–85% potrzeb zdrowotnych. Włączenie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego jako systemowego elementu w społeczności lokalnej.
II. Integracja międzysektorowa	Powiązanie opieki z pomocą społeczną, wsparciem w codziennym funkcjonowaniu, prawnym i zatrudnieniem — z poziomu JST i rozwiązań centralnych.	Ciągłość wsparcia i terapii poza systemem ochrony zdrowia.
III. Ład zarządczy i finansowanie	Struktury, odpowiedzialność, przejrzystość i model finansowy w logice opieki opartej na wartości publicznej. Sposób finansowania jest pochodną organizacji opieki, a raportowanie świadczeń jest ściśle powiązane i spójne z modelem opieki.	Monitoring efektów na poziomie centralnym i lokalnym. Dane i analizy niezbędne decydentom na różnych szczeblach zarządzania. Trwałość reformy ponad cyklem politycznym.

Adnotacja. Filary odpowiadają układowi Białej Księgi: filar I — rozdziały I–II, filar II — rozdział III, filar III — rozdziały IV–VI. Kolumna „Cel zarządczy" podaje efekt, po którym mierzy się wdrożenie danego filaru, a nie zakres świadczeń. Źródło: opracowanie własne.

CZP nie zaspokoją wszystkich potrzeb zdrowotnych w zakresie psychiatrii, jednak jako podstawowa forma zabezpieczenia powinny pokrywać ich zdecydowaną większość (z zastrzeżeniem trudności dokładnego szacowania — docelowo 80–85% w ciągu dwóch lat). Warunkiem jest sprawny mechanizm odpowiedzialności terytorialnej z monitorowaniem efektów działania CZP z perspektywy zdrowia populacyjnego oraz ograniczeniem możliwości przerzucania ryzyka między różnymi formami opieki psychiatrycznej.

Część rozwiązań już działa, lecz wymaga korekty będącej równowagą między:

- motywowaniem do udzielania odpowiedniej opieki wyrażanej w świadczeniach gwarantowanych a zapobieganiem ich nadmiarowej realizacji, będącej konsekwencją szeroko stosowanej w ochronie zdrowia metody wynagradzania za usługę;
- standaryzacją sprawozdawczości, „jednostką rozliczeniową" a realizacją potrzeb zdrowotnych w społeczności lokalnej i odpowiedzialnością za koordynację i ciągłość leczenia pacjenta;
- przejrzystością działania podmiotu leczniczego a obciążeniami biurokratycznymi.

Najtrudniejszym punktem spornym reformy jest brak konsensusu co do diagnozy problemów pilotażu CZP i doboru instrumentów naprawczych — nie co do kierunku zmiany. Każda rekomendacja finansowa i legislacyjna odwołuje się do innego zestawu problemów zidentyfikowanych w trakcie pilotażu.

Rekomendacje dla decydentów

1. Dokończyć rozbudowę sieci CZP, tak aby objęła całość dorosłej populacji — z harmonogramem, mapą drogową i wyznaczonym terminem zakończenia procesu.
2. Skorygować model finansowy: utrzymać stawkę kapitacyjną jako rdzeń, dodać zabezpieczenia przeciw nadprodukcji świadczeń i „delegowaniu odpowiedzialności za opiekę poza CZP", a sposób rozliczeń uzgodnić przed zakończeniem pilotażu.
3. Ustanowić trwały ład zarządczy: struktury, jednoznaczną odpowiedzialność, przejrzystość oraz koordynację międzysektorową (JST, pomoc społeczna, oświata, zatrudnienie, pomoc prawna).
4. Przesądzić o trwałym umocowaniu reformy przed datą zakończenia pilotażu — nie może on wygasnąć w próżni prawnej ani w niespójnym otoczeniu regulacyjnym.
5. Domknąć legitymizację procesu: przywrócić realny udział przedstawicieli środowiska i pacjentów, zgodnie z deklarowaną w Białej Księdze etyką współudziału.

Ryzyka i punkty sporne

1. Spór o model finansowania — ryzyko zakwestionowania finansowania mieszanego, korekt migracyjnych, waloryzacji.
2. Luka legitymizacyjna — brak uzgodnienia wartości publicznej (PVA) i brak rozstrzygnięcia sporu o rozwiązania szczegółowe regulujące pracę CZP z perspektywy różnych założeń teoretycznych.
3. Napięcie „nadprodukcja – delegowanie odpowiedzialności za leczenie mieszkańca" — bez skutecznych zabezpieczeń podważa wiarygodność modelu VBHC.
4. Ryzyko legislacyjne — pilotaż kończy się 31 grudnia 2026 r.; brak decyzji systemowej grozi regresem do modelu instytucjonalnego. Z dniem 1 stycznia 2027 r. centra stracą jednocześnie trzy z kluczowych podstaw swojego funkcjonowania: zasady wyznaczania obszaru działania (odpowiedzialności terytorialnej), sposób naliczenia ryczałtu w miastach, w których obszar określany jest ułamkiem oraz możliwość działania w wariancie bez własnego oddziału szpitalnego. Jednocześnie pozostanie obowiązek zapewnienia kompleksowej opieki, wynikający z art. 5a. Obowiązek pozostaje, ale system odbiera centrom narzędzia do jego realizacji.

Jak czytać Białą Księgę

Dokument prowadzi czytelnika od diagnozy do instrumentów wdrożenia. Każdy rozdział odpowiada na jedno pytanie i przekazuje następnemu wyłącznie wniosek potrzebny do dalszej argumentacji. Części można więc czytać po kolei, jako jeden wywód, albo osobno, według własnej potrzeby. Zakres opracowania ma przy tym wyraźne granice: leczenie uzależnień oraz zdrowie psychiczne osób starszych wskazano w nim jako obszary wymagające odrębnych prac i ustaleń, a psychiatria dzieci i młodzieży jest obecna wyłącznie na styku z systemem dorosłych.

Ryciny numerowane są w obrębie rozdziału (Rysunek III.4), a tabele — w jednej sekwencji obejmującej cały dokument (Tabela 8). Luki w numeracji rycin — brak II.1 i III.6 — wskazują miejsca, w których pozycję w kolejności grafik rozdziału zajmuje tabela; numer i tytuł każdej pozycji podaje górna belka grafiki albo podpis pod nią.

Rozdział I odpowiada na pytanie, dlaczego reforma jest konieczna właśnie teraz. Opisuje pięć wymiarów kryzysu zdrowia psychicznego — od demografii i absencji chorobowej po samotność i obciążenia młodych dorosłych — wyczerpanie dawnego modelu opieki oraz udokumentowane problemy pilotażu centrów zdrowia psychicznego. Diagnoza jest sformułowana wprost. Krytyka pilotażu nie jest argumentem za powrotem do przeszłości, lecz warunkiem domknięcia reformy.

Rozdział II przedstawia docelowy model opieki: opiekę stopniowaną z punktem zgłoszeniowo-koordynacyjnym jako miejscem wejścia, triaż, proces leczenia oparty na planie terapii i zdrowienia, profilaktykę oraz wskaźniki jakości. To rozdział dla tych, którzy pytają, jak świadczenia mają działać na poziomie konkretnego pacjenta.

Rozdział III wychodzi poza ochronę zdrowia. Pokazuje, z kim centrum musi współpracować, aby zdrowienie było trwałe — z pomocą społeczną, edukacją (w tym oświatą dorosłych), rynkiem pracy, sądami i systemem ochrony dziecka — oraz jakie interfejsy, zgody i standardy wymiany informacji są do tego potrzebne.

Rozdział IV porządkuje odpowiedzialność. Opisuje, kto podejmuje decyzje na poziomie centrum, regionu i kraju, jak wygląda macierz odpowiedzialności RACI oraz na czym polegają nadzór i przejrzystość. Odpowiada na pytanie, kto jest gospodarzem transformacji.

Rozdział V przekłada model na pieniądze. Wyjaśnia budowę ryczałtu populacyjnego, typy A i B centrów oraz zasady wyznaczania obszarów odpowiedzialności terytorialnej, a na studium województwa pomorskiego pokazuje, jak istniejące umowy przechodzą do docelowego schematu. Rozdział posługuje się trzema odrębnymi perspektywami kosztowymi — kwotą alokacji, bilansem środków już obecnych w systemie i symulacjami konkretnych umów — których nie należy porównywać wprost.

Rozdział VI wskazuje, jakie zmiany ustawowe i wykonawcze są potrzebne, aby model przetrwał dłużej niż jedną kadencję: od ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przez rozporządzenia, po zarządzenie Prezesa NFZ — wraz z sekwencją ich wprowadzania oraz

pakietem legislacyjnym wymiaru międzysektorowego. Aneks pokazuje z kolei genealogię dokumentu: z jakich wcześniejszych opracowań i doświadczeń pilotażu Biała Księga czerpie, gdzie je rozwija oraz dlaczego w niektórych punktach wybiera inne instrumenty.

Czytelnik dysponujący ograniczonym czasem może wybrać jedną z trzech ścieżek. Decydent najkrótszą drogę znajdzie w Streszczeniu oraz rozdziałach V i VI. Klinicysta i kadra centrów — w rozdziałach II i III. Samorząd, płatnik i partnerzy międzysektorowi — w rozdziałach III–V. Niezależnie od wybranej ścieżki lekturę warto zakończyć Aneksem: pokazuje on, że spór o reformę dotyczy dziś doboru instrumentów, a nie kierunku zmiany.

Rozdział I. Praktyka opieki środowiskowej

1.1. Skala kryzysu zdrowia psychicznego — pięć wymiarów

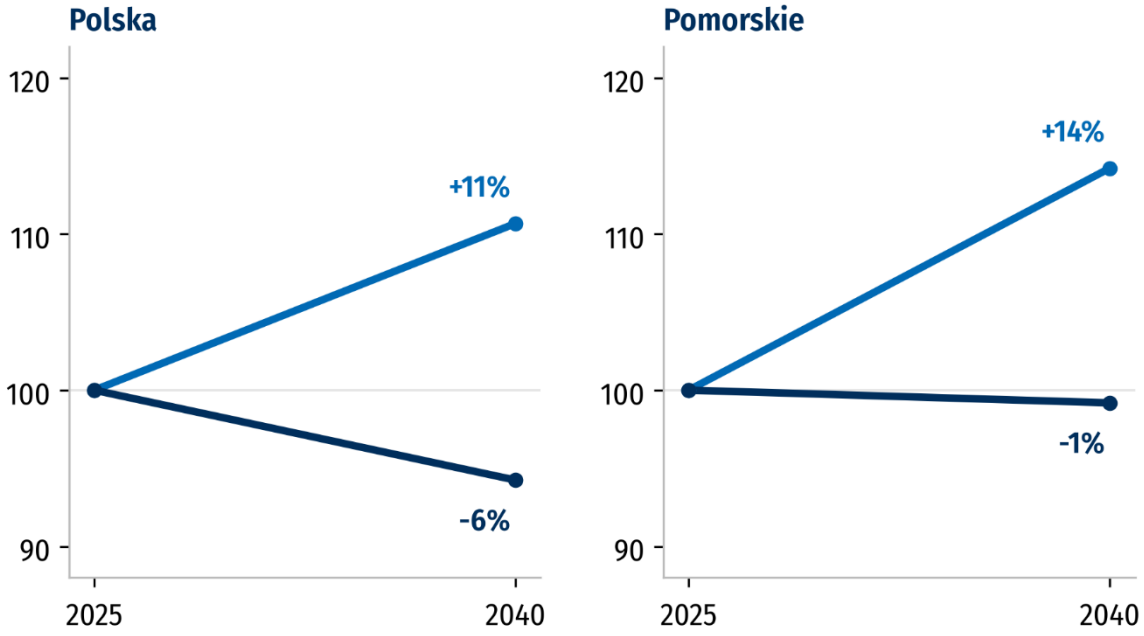
Polska wchodzi w drugą połowę lat dwudziestych XXI wieku z kryzysem zdrowia psychicznego widocznym zarówno w danych epidemiologicznych, jak i w organizacji systemu świadczeń gwarantowanych. Skalę kryzysu dokumentują — poza danymi ochrony zdrowia — statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Komendy Głównej Policji i raporty instytucji międzynarodowych.

Po pierwsze, zmieniają się demografia i wynikające z niej potrzeby zdrowotne. Polska wchodzi w fazę trwałej depopulacji. Współczynnik dzietności obniżył się w 2024 r. do 1,099 — najniższego poziomu w historii pomiarów i jednego z najniższych na świecie, daleko poniżej progu zastępowalności pokoleń wynoszącego 2,1 (GUS, 2025). W skali roku ruch naturalny i migracje złożyły się na spadek liczby ludności o ponad 147 tys., a starzenie się populacji postępuje równie szybko. Indeks starości wzrósł do 141 (na 100 dzieci w wieku 0–14 lat przypada już 141 osób w wieku 65 lat i więcej) — wobec 133 rok wcześniej (GUS, 2025). Na tym tle województwo pomorskie zajmuje pozycję względnie korzystną, lecz nie wyjątkową. Ma najwyższy w kraju udział ludności w wieku przedprodukcyjnym (19,3%) oraz — obok małopolskiego — najniższy indeks starości (120) i należy do zaledwie pięciu województw, w których napływ ludności przewyższał odpływ. Jego współczynnik dynamiki demograficznej (0,75 w 2024 r. wobec 0,62 dla Polski) wyraźnie przewyższa średnią krajową. Mimo to i tutaj przyrost naturalny pozostaje ujemny (−2,47 na 1000 mieszkańców; GUS BDL, 2024), a napływ koncentruje się wokół Trójmiasta i jego strefy podmiejskiej — pogłębiając wewnątrzregionalną dysproporcję między rozwijającą się metropolią a wyludniającą się prowincją.

Konsekwencje tego procesu dla zdrowia psychicznego pozostają w polskim dyskursie publicznym niedostatecznie uwzględniane. Wstępne wyniki badania Fundacji SeniorApp przedstawione w 2024 r. na Forum Ekonomicznym w Karpaczu wskazują, że **dwie trzecie polskich seniorów deklaruje objawy wskazujące na ryzyko rozwoju depresji**, a 37% nie korzysta z internetu z powodu braku kompetencji cyfrowych. Polska opieka geriatryczna, w tym psychogeriatria, jest strukturalnie niedoinwestowana. Niedobór specjalistów pogłębia się, ponieważ geriatria — mimo statusu specjalizacji priorytetowej — jest rzadko wybierana jako pierwsza specjalizacja, a miejsca rezydenckie pozostają niewykorzystane.

I.1 Prognoza demograficzna

Kurcząca się ludność, rosnąca grupa 65+ — Polska i pomorskie, 2025 → 2040 (indeks 2025 = 100)

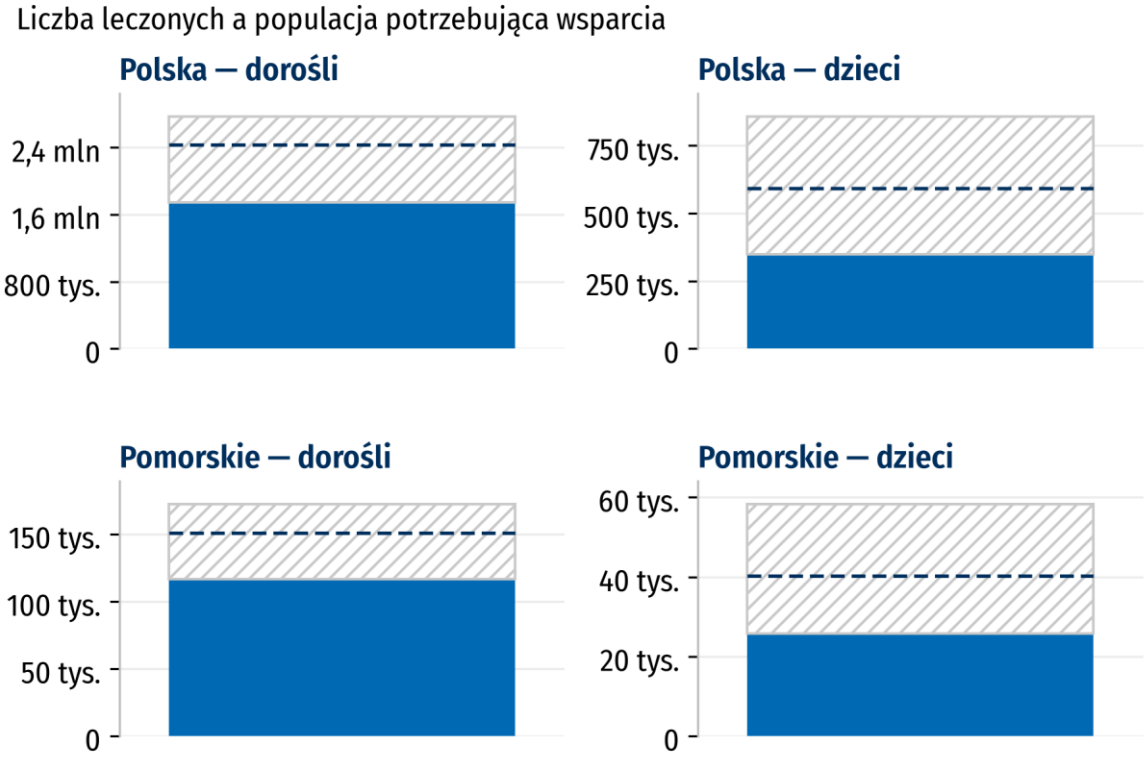


Adnotacje. Prognoza ludności na lata 2023–2060 wg GUS. W Polsce ludność ogółem spada, a grupa 65+ rośnie. W województwie pomorskim ludność ogółem pozostaje niemal stabilna, lecz grupa 65+ rośnie o 14,2%. Starzenie przekłada się na wzrost zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną, ponieważ rozpowszechnienie zaburzeń rośnie z wiekiem (ok. 19% w grupie 18–29 lat do ponad 34% po 65. roku życia; EZOP II). Procesy te nie tyle zmniejszają, ile przekształcają zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną.

Starzenie się populacji przesuwa ciężar systemu ku zaburzeniom wieku podeszłego: otępieniom, z chorobą Alzheimera na czele, depresji późnego wieku oraz psychicznym konsekwencjom osamotnienia osób starszych.

W województwie pomorskim nakłada się na to specyfika migracyjna. Napływ osób w wieku produkcyjnym do Trójmiasta i gmin podmiejskich rodzi popyt na opiekę nad młodymi dorosłymi i rodzinami (wypalenie zawodowe, zaburzenia lękowe i afektywne, kryzysy okołoporodowe), podczas gdy starzejące się powiaty peryferyjne generują zapotrzebowanie geriatryczno-środowiskowe. Tę dwoistość — odmienne profile potrzeb w granicach jednego województwa — musi udźwignąć projektowany system opieki psychiatrycznej.

I.2 Luka w realizacji potrzeb zdrowia psychicznego



Adnotacje. Luka w realizacji potrzeb zdrowia psychicznego — Polska i województwo pomorskie, dorośli i dzieci/młodzież. Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS, Bank Danych Lokalnych (ludność wg grup wieku, 31.12.2025); Mapy Potrzeb Zdrowotnych (BASiW MZ) — liczba pacjentów opieki psychiatrycznej wg województw i grup wieku (2024 dane rzeczywiste, 2025 oszacowanie z trendu 2021–2024); wskaźniki rozpowszechnienia: dorośli 7,9% (EZOP II — Moskalewicz i Wciórka, 2021) – 9% (WHO), dzieci i młodzież 9–13% (WHO; Global Burden of Disease).

Skala niezaspokojonych potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego pozostaje w Polsce znacząca i jest wyraźnie większa wśród dzieci i młodzieży niż wśród dorosłych. Przyjmując ostrożne wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń z badania EZOP II oraz raportów WHO i odnosząc je do liczby ludności, można oszacować skalę potrzeb. Populacja wymagająca wsparcia w ciągu roku liczy w Polsce od 2,4 do 2,8 mln dorosłych oraz od 0,6 do 0,9 mln dzieci i młodzieży. Luka w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych sięga zatem 28–37% wśród dorosłych i 41–59% wśród dzieci i młodzieży.

W województwie pomorskim relacja ta układa się korzystniej dla dorosłych i podobnie niekorzystnie dla dzieci. Przy populacji 1,91 mln dorosłych i 0,45 mln osób niepełnoletnich potrzebę wsparcia szacuje się na 151–172 tys. dorosłych oraz 40–58 tys. dzieci i młodzieży, podczas gdy leczeniem objęto odpowiednio około 117 tys. i 26 tys. osób. Luka wynosi tu 23–32% wśród dorosłych — mniej niż średnio w kraju — oraz 36–56% wśród niepełnoletnich.

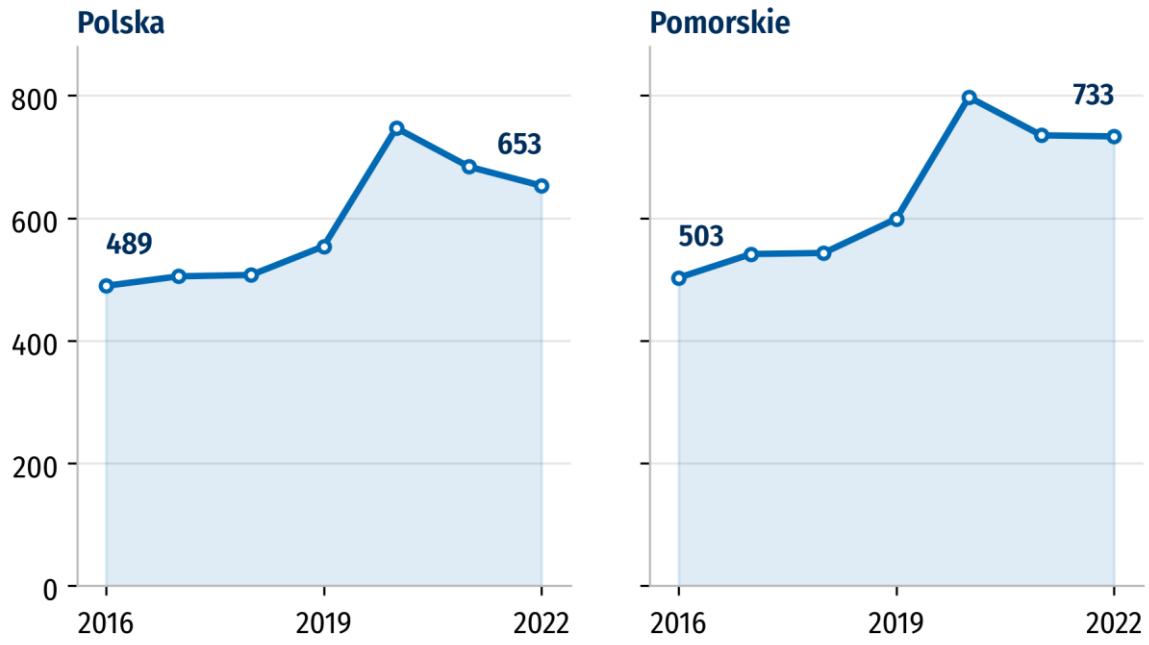
Po drugie, absencja chorobowa z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wyniosła w Polsce w 2025 r. 34,1 mln dni — o 12,4% więcej niż w 2024 r. (30,3 mln dni) i o 30,6% więcej niż w 2023 r. Skala tej liczby odpowiada sytuacji, w której ponad 130 tys.

osób zatrudnionych na pełnym etacie nie pracuje przez cały rok. Ogólna liczba dni absencji z tytułu choroby własnej w tym samym okresie pozostała niemal stabilna (237,2 mln w 2023 r., 242,0 mln w 2025 r.), natomiast udział kategorii psychiatrycznej w całej absencji wzrósł z 11,0% w 2023 r. do 14,1% w 2025 r. W praktyce oznacza to, że co siódmy dzień absencji chorobowej w Polsce w 2025 r. miał przyczynę psychiatryczną.

Współczynnik absencji chorobowej z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania systematycznie rósł w całym okresie objętym analizą (Rysunek I.3; 2016–2022), zarówno w Polsce, jak i w województwie pomorskim; dla lat 2023–2025 dostępne są dotąd wyłącznie dane krajowe, przytoczone powyżej, i nie zostały one naniesione na wykres regionalny. Wzrost rozpoczął się jeszcze przed pandemią COVID-19, gwałtownie przyspieszył w 2020 r., a po częściowym cofnięciu w 2021 r. utrzymał się na poziomie o ok. 18–23% wyższym niż przed pandemią. Wskazuje to na utrzymujący się wzrost zarejestrowanej absencji, a nie efekt przejściowy. Rozdzielenie zmian zachorowalności od zmian rozpoznawalności i praktyki orzeczniczej wymaga odrębnej analizy.

I.3 Absencja chorobowa z powodu zaburzeń psychicznych

Dni absencji na 1 000 mieszkańców — Polska i pomorskie, 2016–2022



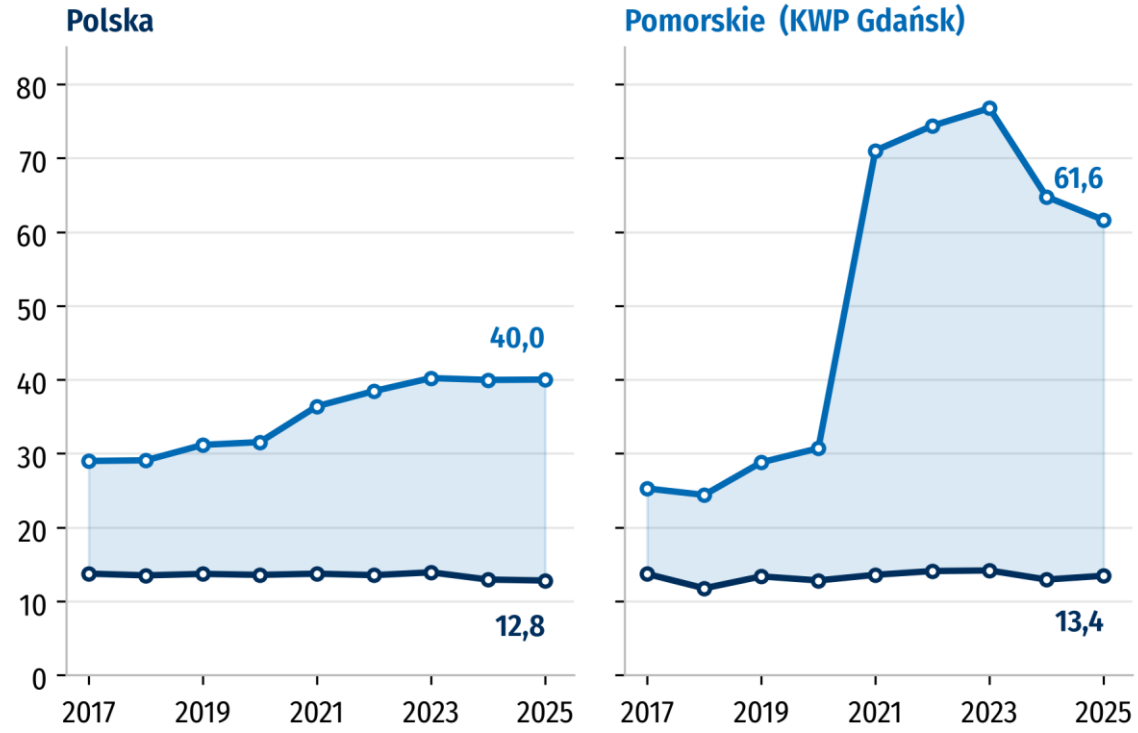
Adnotacja. Wartości przeliczono na 1 000 mieszkańców. Licznik: liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania (F00–F99), zsumowana po jednostkach terytorialnych do poziomu kraju i województwa pomorskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych — „Absencja chorobowa" oraz raportu „Absencja chorobowa w 2024 roku"; Portal Statystyczny ZUS, https://psz.zus.pl (dostęp: 15.06.2026).

Województwo pomorskie przez cały okres plasowało się powyżej średniej krajowej, a różnica ta z czasem się powiększała. Dane te należy interpretować ostrożnie. Jest to współczynnik

surowy odniesiony do liczby mieszkańców (a nie osób ubezpieczonych), a obserwowany wzrost odzwierciedla łącznie rzeczywisty wzrost obciążenia zdrowia psychicznego oraz zmiany w rozpoznawalności, dostępie do świadczeń i skłonności do korzystania ze zwolnień lekarskich z przyczyn psychicznych (w tym ułatwienia wprowadzone w okresie pandemii). Wykres obrazuje zatem zarejestrowaną absencję, nie zaś bezpośrednio chorobowość populacji.

I.4 Zamachy samobójcze

Zamachy i zgony samobójcze na 100 000 mieszkańców — Polska i pomorskie, 2017–2025



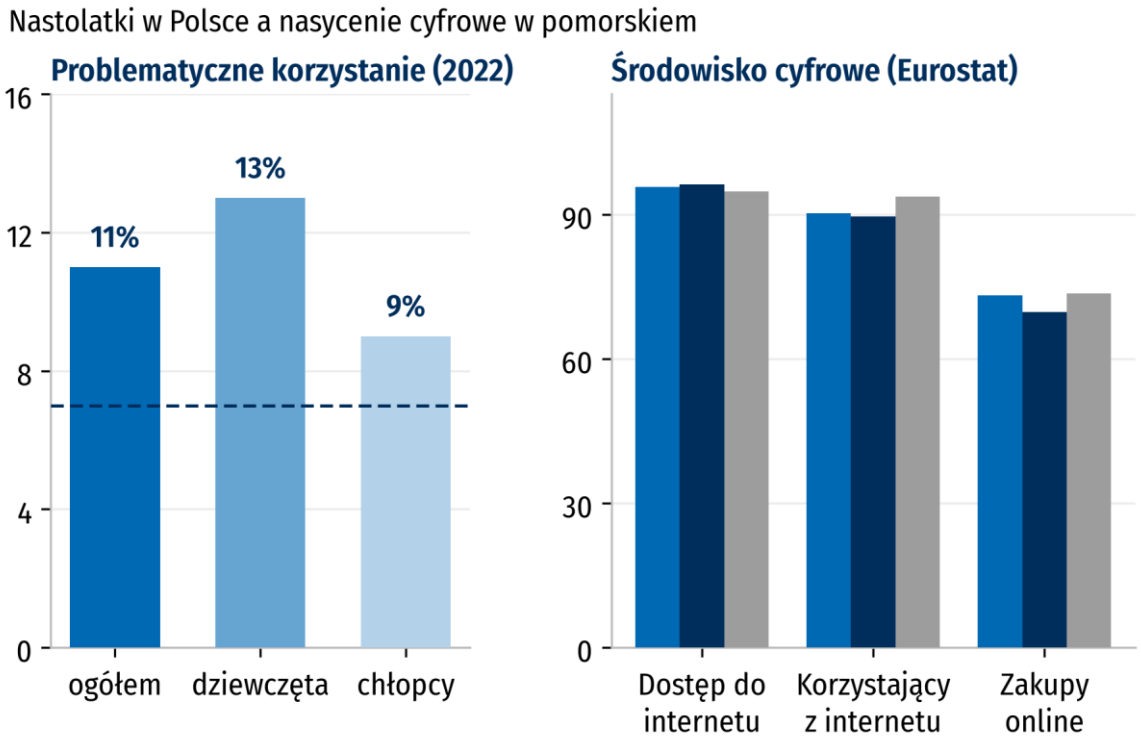
Adnotacja. Obie linie liczone na 100 000 mieszkańców ogółem: górna (jasna) to zamachy samobójcze zarejestrowane przez Policję, dolna (granatowa) — zgony samobójcze. Rozwarcie pola między liniami po 2020 r. odzwierciedla przede wszystkim zmianę praktyki rejestrowania zamachów, a nie skokowy wzrost śmiertelności — wskaźnik zgonów pozostaje płaski w obu panelach. Dane wojewódzkie pochodzą ze statystyk Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku, której obszar działania pokrywa się z granicami województwa pomorskiego. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS — Bank Danych Lokalnych, grupa „Zamachy samobójcze usiłowane i dokonane zarejestrowane przez Policję" (2017–2025, dane ostateczne).

Najbardziej wiarygodną i porównywalną w czasie miarą zjawiska jest współczynnik zgonów samobójczych — i pozostawał on w analizowanym okresie stabilny oraz niemal identyczny w Polsce i w województwie pomorskim (ok. 13 na 100 000 mieszkańców; w skali kraju z lekkim spadkiem w latach 2024–2025, do 12,8). Wyraźnie inaczej zachowuje się współczynnik rejestrowanych zamachów samobójczych. Dane obejmują wszystkie grupy wiekowe (dzieci i dorosłych łącznie) i dotyczą zdarzeń zarejestrowanych przez Policję; ponieważ rejestr nie obejmuje prób niezgłoszonych, rzeczywista skala zachowań samobójczych jest wyższa niż wynika z rejestru.

Samobójstwa pozostają jedną z głównych przyczyn przedwczesnej śmierci w Polsce. W 2025 r. każdego dnia życie odbierało sobie średnio 13 osób — w zdecydowanej większości mężczyzn. Prób samobójczych zarejestrowanych przez Policję było 10 159 — o 48% więcej niż w roku 2020. W grupie poniżej dziewiętnastego roku życia odnotowano 1 925 prób samobójczych; rok wcześniej, przy 2 054 próbach, 78% dotyczyło dziewcząt. Dziewczęta odpowiadają zatem za większość prób zarejestrowanych w grupie poniżej dziewiętnastego roku życia. Wniosek o najwyższym ryzyku w populacji wymagałby porównania współczynników na 100 tys. według wieku i płci, których dane policyjne w tym ujęciu nie dostarczają. Hipoteza o roli presji środowiskowej pozostaje do zweryfikowania odrębnym badaniem.

W kontekście środowiskowych uwarunkowań na zdrowie należy szczególną uwagę poświęcić tzw. mediom społecznościowym, które mogą być katalizatorem zaburzeń psychicznych. Ograniczanie ich negatywnego wpływu, w tym uzależnień behawioralnych, stało się przedmiotem prac na poziomie Unii Europejskiej. Konkluzje Rady UE z 20 czerwca 2025 r., przyjęte za polskiej prezydencji, wprost stwierdzają, że *niewłaściwe lub nadmierne korzystanie z technologii cyfrowych przez dzieci i młodzież w wieku szkolnym może prowadzić do problemów psychicznych*. Polska, jako państwo sprawujące prezydencję i inicjujące te konkluzje, przyjęła zobowiązanie polityczne do wdrażania polityk ograniczających negatywne skutki korzystania z mediów społecznościowych.

I.5 Media społecznościowe i środowisko cyfrowe



Adnotacje. Korzystanie z mediów społecznościowych: szacunek przy wskaźniku 50% (Gemius XI 2025). Problematyczne korzystanie: szacunek przy wskaźniku 11% (HBSC/WHO 2022 dla nastolatków 11–15 lat). Wartości mają charakter ilustracyjny (skala zjawiska): wskaźniki pochodzą z sąsiednich grup wiekowych (7–14 i 11–15) odniesionych do populacji 7–12. Opracowanie własne.

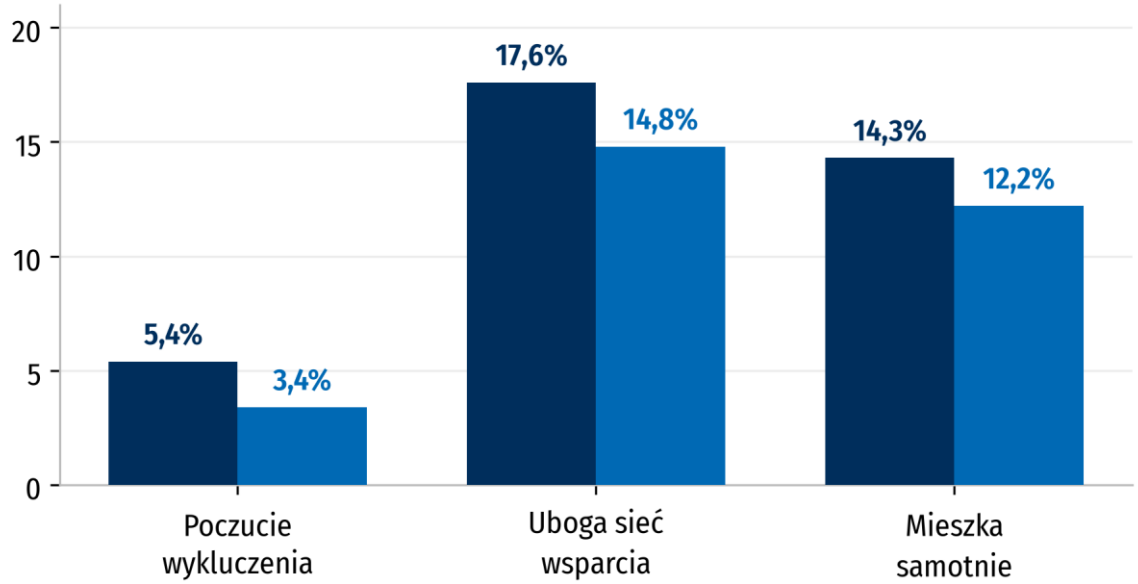
Korzystanie z Internetu przez dzieci w wieku 7–14 lat w Polsce jest powszechne. Mimo regulaminowej granicy 13 lat, z największych serwisów społecznościowych i komunikatorów aktywnie korzysta ponad połowa dzieci w wieku 7–12 lat.

Europejski Komitet Regionów w opinii, z inicjatywy własnej, w sprawie zdrowia psychicznego (2024; Dz.U. UE C 2024/3666) podkreślił zasadniczą rolę władz lokalnych i regionalnych w organizacji opieki oraz konieczność międzysektorowego podejścia do zdrowia psychicznego, wykraczającego poza samą politykę zdrowotną. W tym samym kierunku idą inicjatywy oddolne. Rada Pracodawców Pomorza przyjęła w maju 2026 r. dokumenty dotyczące zdrowia psychicznego i inkluzji w miejscu pracy, co wskazuje na rosnącą — choć nierówną — gotowość części regionów i środowiska pracodawców do współudziału w reformie.

Po piąte, rośnie znaczenie samotności i osłabienia więzi społecznych — czynnika, który Światowa Organizacja Zdrowia w *World Mental Health Report* z 2022 r. wskazała jako jeden z głównych czynników środowiskowych wymagających systemowej odpowiedzi w drugiej ścieżce transformacji opieki psychiatrycznej (przekształcenie środowisk wpływających na zdrowie psychiczne). WHO szacuje, że globalnie 14% nastolatków żyje z zaburzeniem psychicznym, a 71% osób z psychozą nie otrzymuje opieki, której potrzebują. W Polsce dane Centrum Badania Opinii Społecznej i Eurostat wskazują, że odsetek osób deklarujących brak osoby, do której można zwrócić się w trudnej sytuacji, wzrósł w ciągu ostatniej dekady, a zjawisko to dotyczy w szczególnej mierze osób młodych i seniorów.

I.6 Samotność i osłabienie więzi społecznych

Odsetek dorosłych — Polska i pomorskie



Adnotacje. Samotność i osłabienie więzi społecznych — Polska i województwo pomorskie. Źródło: opracowanie własne na podstawie badania „Poczucie samotności 2023" (Instytut Pokolenia;

ogólnopolska próba 3 142 dorosłych, dane ważone). Wskaźniki: poczucie wykluczenia społecznego (odpowiedzi „tak" i „zdecydowanie tak"); uboga sieć wsparcia (0–1 osób zaliczanych do grona bliskich znajomych/przyjaciół); samotne zamieszkanie. Wartości dla województwa pomorskiego oparto na próbie n=157 i mają charakter orientacyjny (szeroki przedział ufności).

Wszystkie pięć zjawisk jest zgodnych z hipotezą, że istotna część obciążenia powstaje poza sektorem ochrony zdrowia — w powiązanych ze sobą obszarach organizacji życia społecznego: ekonomicznym, edukacyjnym i technologicznym — wykraczających poza zdolność reagowania klasycznej opieki psychiatrycznej. Zjawiska te opierają się na różnych populacjach, okresach i konstrukcjach pomiarowych, więc ich zestawienie uzasadnia ramę interpretacyjną, nie zaś identyfikację wspólnego mechanizmu przyczynowego. Wzrost absencji chorobowej dotyczy najczęściej osób w wieku 30–39 lat, a więc tych, którzy najintensywniej kontrybuują w rynku pracy i wychowują dzieci. Wzrost rejestrowanych prób samobójczych dziewcząt współwystępuje z upowszechnieniem mediów społecznościowych w tej grupie — współwystępowanie nie przesądza jednak o związku przyczynowym. Obserwowany spadek liczby samobójstw jest zbieżny czasowo z uruchomieniem skoordynowanych działań systemowych; przypisanie mu skutku przyczynowego wymaga jednak dłuższych szeregów czasowych i kontroli czynników demograficznych. Sama struktura wzrostu absencji psychiatrycznej w latach 2022–2024 potwierdza tę tezę. N**ajszybciej rosną kategorie reaktywne, natomiast kategorie tzw. psychiatrii ciężkiej rosną wolno**.

W polskim systemie wzrost obciążenia psychiatrycznego jest w dużej mierze związany nie z populacją pacjentów, dla których historycznie zaprojektowano polską psychiatrię szpitalną, lecz z osobami w wieku produkcyjnym doświadczającymi kryzysów reaktywnych, dla których hospitalizacja jest rozwiązaniem nieadekwatnym.

1.2. Polski kontekst społeczny — wyzwania specyficzne

Wyzwania wskazane w poprzedniej sekcji są wspólne dla większości państw europejskich; różnią się jedynie skalą. To, co czyni polski kryzys zdrowia psychicznego specyficznym, to splot wyzwań społecznych, których rozkład w czasie i przestrzeni jest dla Polski szczególny. Bez ich rozpoznania reforma systemu opieki — jakkolwiek dobrze zaprojektowana — będzie odpowiadała na problemy, których już nie ma lub które zeszły na dalszy plan. W tej sekcji wyróżniono trzy obszary wyzwań: konsekwencje wojny w Ukrainie; pracę, wypalenie i kryzys aktywności zawodowej; stygmatyzację, alkohol i bariery systemowe. Każdy z nich jest dziś przedmiotem osobnych dokumentów rządowych i raportów eksperckich. Zestawiono je w jednej ramie, aby pokazać, dlaczego odpowiedzią na nie jest zintegrowana opieka środowiskowa — model o najlepiej udokumentowanej skuteczności interwencji.

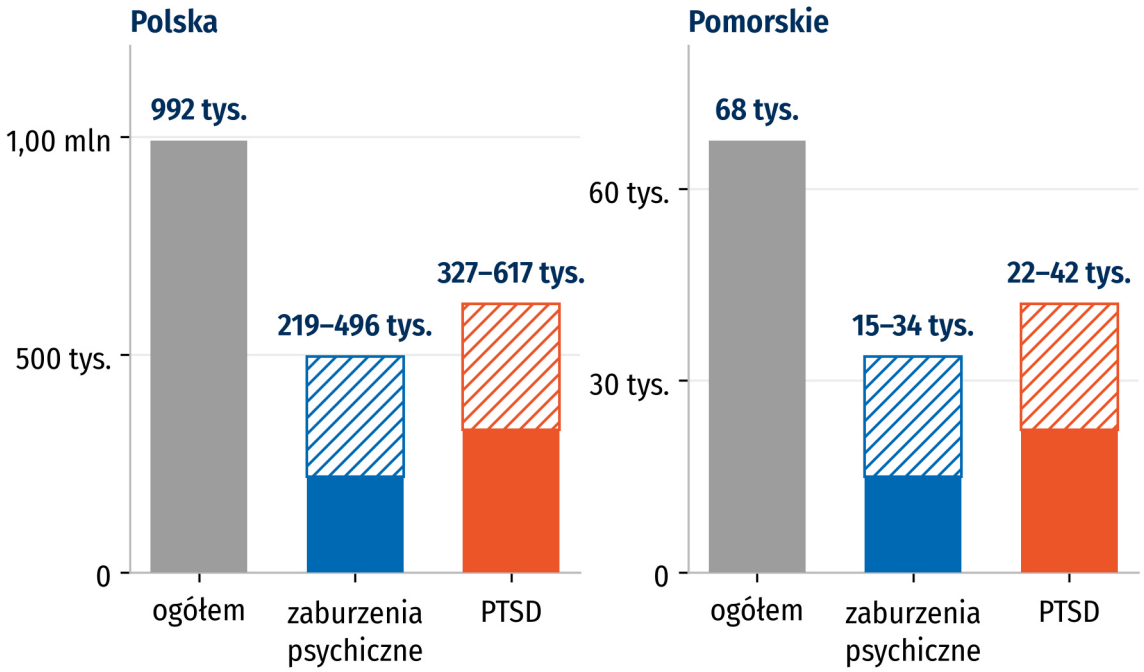
Wojna w Ukrainie

Wyzwaniem dla projektowanej reformy są konsekwencje wojny w Ukrainie — zarówno w wymiarze klinicznym, jak i demograficznym. Na koniec 2024 r. ochroną czasową objętych

było w Polsce 991,6 tys. osób, z czego 45,3% to dzieci i młodzież poniżej 18. roku życia (Eurostat, 2025a).

I.7 Uchodźcy z Ukrainy a obciążenie psychiczne

Szacowana liczba osób z zaburzeniami psychicznymi i PTSD



Adnotacja. Wartości dla Polski wzięto z rejestru beneficjentów ochrony czasowej prowadzony przez Eurostat; dla województwa pomorskiego dane Urzędu do Spraw Cudzoziemców, stan na 13 lutego 2024 r. Szacunek rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych przyjęto w przedziale od 22,1% (Charlson i in., 2019) do 50% (WHO), a PTSD od 33% (WHO) do 62,2% (Lushchak i in., 2024). Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu (migr_asytpsm) oraz Urzędu do Spraw Cudzoziemców.

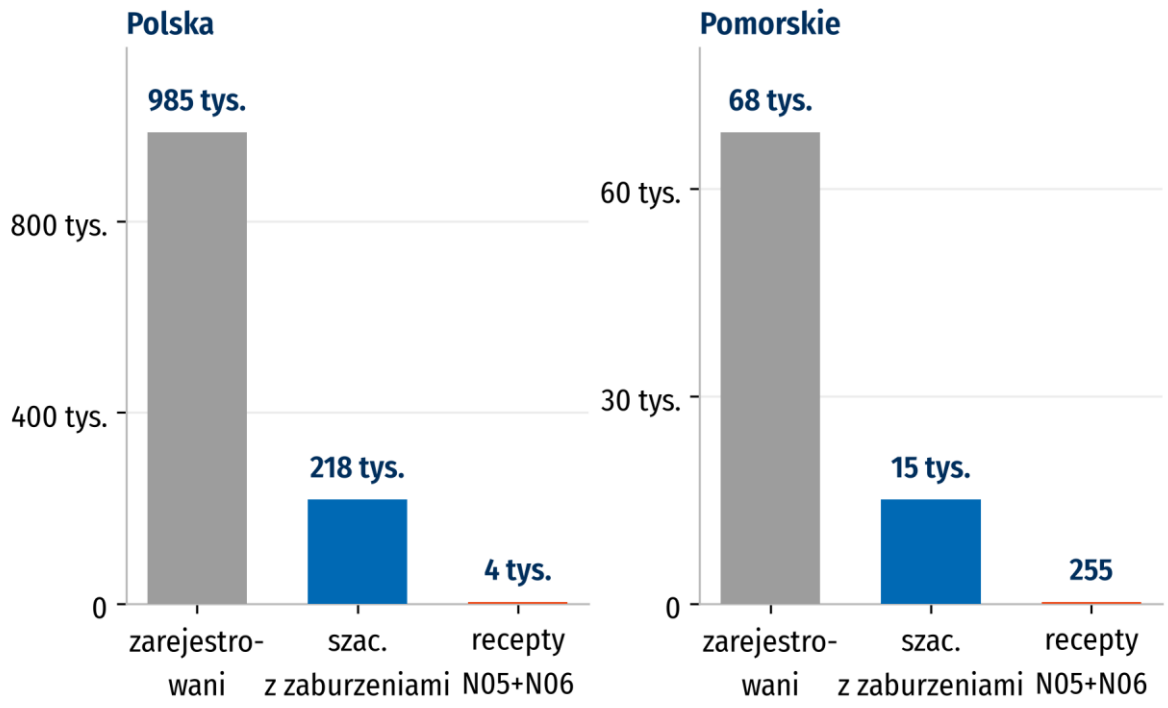
Skala obciążenia psychicznego populacji narażonych jest dobrze udokumentowana. Metaanaliza Charlson i in. (2019) szacuje, że w populacjach dotkniętych konfliktami zbrojnymi objawy zaburzeń psychicznych dotyczą 22,1% osób w danym momencie (95% UI 18,8–25,7). Badanie Lushchak i in. (2024) wśród Ukraińców po pierwszym roku pełnoskalowej inwazji wykazało znacznie wyższe wskaźniki w wybranych grupach — kryteria DSM-5 dla PTSD spełniło 50,8% osób nieprzemieszczonych, 55,4% wewnętrznie przesiedlonych i 62,2% uchodźców za granicą. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (2024) wskazuje, że około połowa mieszkańców Ukrainy ma zaburzenia psychiczne wymagające specjalistycznego wsparcia, a co trzeci wykazuje objawy zespołu stresu pourazowego. Polski system opieki — w którego ramach od 2022 r. uchodźcy są uprawnieni do świadczeń na tych samych zasadach co polscy obywatele — nie został przygotowany na takie obciążenie epidemiologiczne.

Skalę niezaspokojonych potrzeb najlepiej oddaje zestawienie liczby uchodźców z ich obecnością w systemie opieki psychiatrycznej. Według rejestru PESEL UKR w Polsce

zarejestrowano 985,5 tys. obywateli Ukrainy objętych specustawą, w tym 68,1 tys. w województwie pomorskim. Przyjmując ostrożny wskaźnik z metaanalizy Charlson i in. (2019), zgodnie z którym co najmniej 22% populacji dotkniętej konfliktem zbrojnym doświadcza zaburzeń psychicznych, wsparcia psychicznego potrzebuje w Polsce około 218 tys., a w województwie pomorskim około 15 tys. uchodźców. Tymczasem poziom obecności tej grupy w systemie wsparcia zdrowia psychicznego pozostaje znikomy. W całym 2023 roku odnotowano jedynie 3,7 tys. pozycji recept na leki psychotropowe z grup N05 i N06, co odpowiadało zaledwie 1,4% wszystkich recept wystawionych obywatelom Ukrainy. Co więcej, blisko cztery piąte tych recept wystawiono w podstawowej opiece zdrowotnej, a nie w opiece psychiatrycznej. Ponieważ jedna osoba otrzymuje w ciągu roku wiele recept, liczba realnie leczonych jest jeszcze niższa, a dane obejmują wyłącznie recepty powiązane ze świadczeniem, stanowiąc dolną granicę rzeczywistego zjawiska. Różnica dwóch rzędów wielkości między szacowaną potrzebą a widocznością w systemie wskazuje, że zdecydowana większość uchodźców z zaburzeniami psychicznymi pozostaje poza publiczną opieką zdrowotną.

I.8 Uchodźcy — skala potrzeb a ślad w systemie

Zarejestrowani, szacunek zaburzeń i recepty psychotropowe



Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie: rejestru PESEL UKR (Urząd do Spraw Cudzoziemców, stan na 30.04.2024); danych NFZ o lekach wydanych przy udzielaniu świadczeń na podstawie specustawy (2023); wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacjach dotkniętych konfliktem (WHO/Charlson i wsp., 2019: ≥22,1%). Wartości dla województwa pomorskiego w zakresie liczby z zaburzeniami i recept oszacowano (epidemiologia oraz udział województwa pomorskiego w rejestrze UKR — 6,9%).

Z perspektywy zdrowia psychicznego polskiej populacji wojna w Ukrainie nie jest zjawiskiem zewnętrznym. Na to nakłada się — szczególnie wśród młodzieży — coraz silniej obecny w polskich badaniach lęk klimatyczny i ekologiczny. Badanie z 2024 r. zespołu Uniwersytetu SWPS (próba 1100 osób) potwierdziło, że poziom dystresu związanego ze zmianami klimatu jest w polskiej populacji mierzalny i koreluje z natężeniem objawów lęku uogólnionego. Powodzie wrześniowe 2024 r. na Dolnym Śląsku, które zniszczyły lub uszkodziły ponad 5 tys. domów, są jednym z pierwszych zdarzeń o skali wymagającej systemowej odpowiedzi psychiatrycznej i psychospołecznej — zgodnie z przeglądem Lawrance i in. (2021), urazy psychiczne po katastrofach klimatycznych mogą występować nawet czterdziestokrotnie częściej niż urazy fizyczne.

Praca, wypalenie i kryzys aktywności zawodowej

Drugi obszar wyzwań dotyczy populacji w wieku produkcyjnym — tej, która utrzymuje system emerytalny i jednocześnie generuje większość absencji chorobowych z tytułu zaburzeń psychicznych. Raport UCE Research z 2024 r. wskazuje, że 78,3% aktywnych zawodowo Polaków zgłasza co najmniej jeden symptom wypalenia zawodowego — wzrost o 13 punktów procentowych w stosunku do 2021 r. Badanie Panelu Ariadna z września 2025 r. potwierdza, że problem jest postrzegany powszechnie: 80% Polaków uważa wypalenie zawodowe za poważny problem, 64% deklaruje, że już go doświadczyło, a 89% sądzi, że pracodawcy bagatelizują skalę zjawiska.

Konsekwencje fiskalne tych liczb są mierzalne. Według raportu ZUS (2024) koszt absencji chorobowej z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wyniósł w 2024 r. 10,2 mld zł (17,7% ogółu wydatków z tytułu niezdolności do pracy). Do rachunku kosztów społecznych należy dodać koszty nadużyć i marnotrawstwa. Brak realnych mierników jakości i rezultatów zdrowotnych w pilotażu tworzy przestrzeń do nieefektywnego wykorzystania środków — zarówno publicznych (NFZ, ZUS), jak i ponoszonych przez pracodawców z tytułu absencji. System nie ma dziś mechanizmów prewencji nadużyć, co osłabia jego wiarygodność i efektywność.

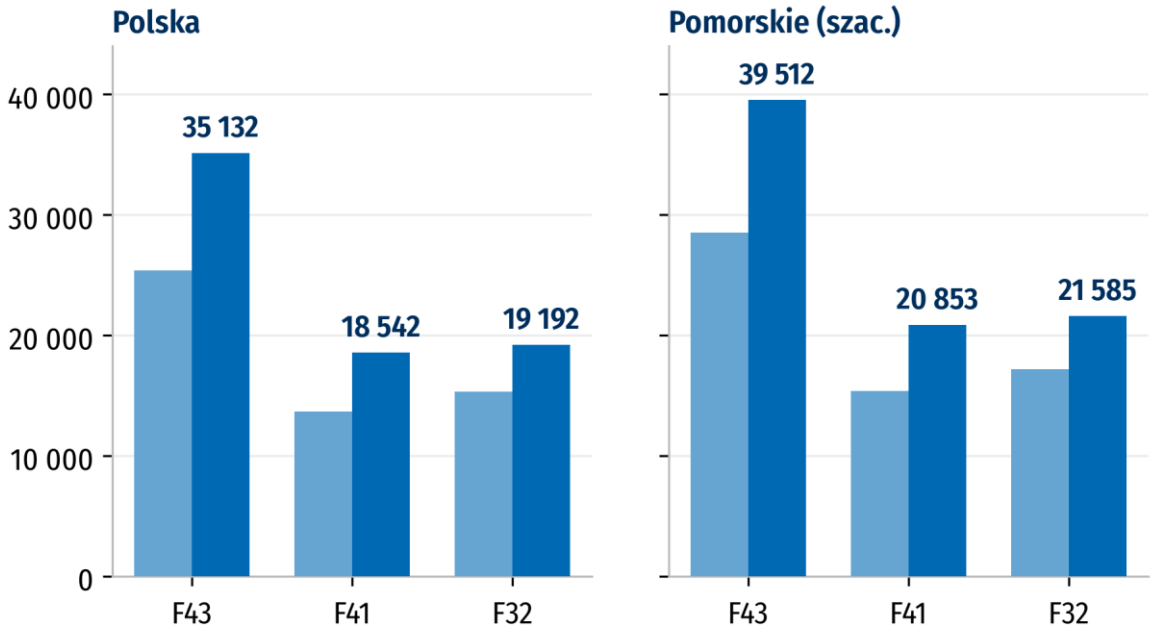
Najpełniejszym źródłem wiedzy o skali psychicznego obciążenia osób pracujących jest absencja chorobowa rejestrowana przez ZUS. Liczba zaświadczeń lekarskich z grupy F00–F99 wzrosła z 1,30 mln w 2022 r. do 1,60 mln w 2024 r. (+23,1%). Strukturę tych zaświadczeń zdominowały trzy rozpoznania: reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) — 35,3%, zaburzenia lękowe (F41) — 18,1% oraz epizody depresyjne (F32) — 17,6%; łącznie odpowiadają one za ponad 70% wszystkich zaświadczeń psychiatrycznych w kraju. Te same kategorie cechuje najwyższa dynamika: liczba dni absencji z tytułu F43 zwiększyła się o 38,0%, F41 o 34,5%, a F32 o 23,6% w ciągu zaledwie dwóch lat.

W przeliczeniu na 100 tysięcy dorosłych, które pozwala na porównanie obszarów o różnej liczbie ludności, województwo pomorskie plasuje się o około 12% powyżej średniej krajowej.

Oznacza to, że ponadprzeciętne obciążenie regionu nie wynika z jego wielkości, lecz z realnie wyższego natężenia absencji psychiatrycznej na mieszkańca.

I.9 Absencja według dominujących rozpoznań

Dni absencji na 100 tys. dorosłych — 2022 i 2024



Adnotacja. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS (Absencja chorobowa, roczniki 2022 i 2024) oraz liczby ludności dorosłej (18+) z BDL GUS (2025: Polska 30,74 mln, województwo pomorskie 1,91 mln). Wartości dla województwa pomorskiego oszacowano, przykładając krajową strukturę rozpoznań do udziału województwa pomorskiego w krajowej puli dni absencji F00–F99 (7,0%; ZUS 2022).

Z perspektywy klinicznej oznacza to, że *wśród osób w wieku produkcyjnym dominują rozpoznania związane z reakcją na stres, zaburzeniami adaptacyjnymi i zaburzeniami lękowo-depresyjnymi* (F40–F48, F32, F33), nie zaś z ciężkimi, przewlekłymi zaburzeniami psychotycznymi wymagającymi przede wszystkim leczenia szpitalnego. Z perspektywy organizacyjnej oznacza to natomiast, że klasyczna psychiatria szpitalna jest dla tych pacjentów rozwiązaniem nieadekwatnym: potrzebują oni raczej proaktywnych działań, w tym interwencji psychospołecznych, dostępnych blisko miejsca zamieszkania lub pracy, w trybie ambulatoryjnym uwzględniającym wczesne interwencje.

Według raportu *Bezpieczeństwo Pracy w Polsce 2025* Stowarzyszenia Koalicja Bezpieczni w Pracy jedynie 29% pracowników i 37% kadry zarządzającej deklaruje, że ich firma podejmuje działania mające zapobiegać mobbingowi, dyskryminacji i zagrożeniom psychospołecznym. Tylko 28% respondentów twierdzi, że ich pracodawca lub przełożony rozmawiał z nimi o tych kwestiach — wobec 37% w analogicznym badaniu z 2019 r. Ten regres ma swoje konsekwencje. Rosnący odsetek zaświadczeń lekarskich z tytułu F00–F99

jest kosztem zewnętrznym przerzucanym *z sektora prywatnego na publiczny system ubezpieczeń społecznych*.

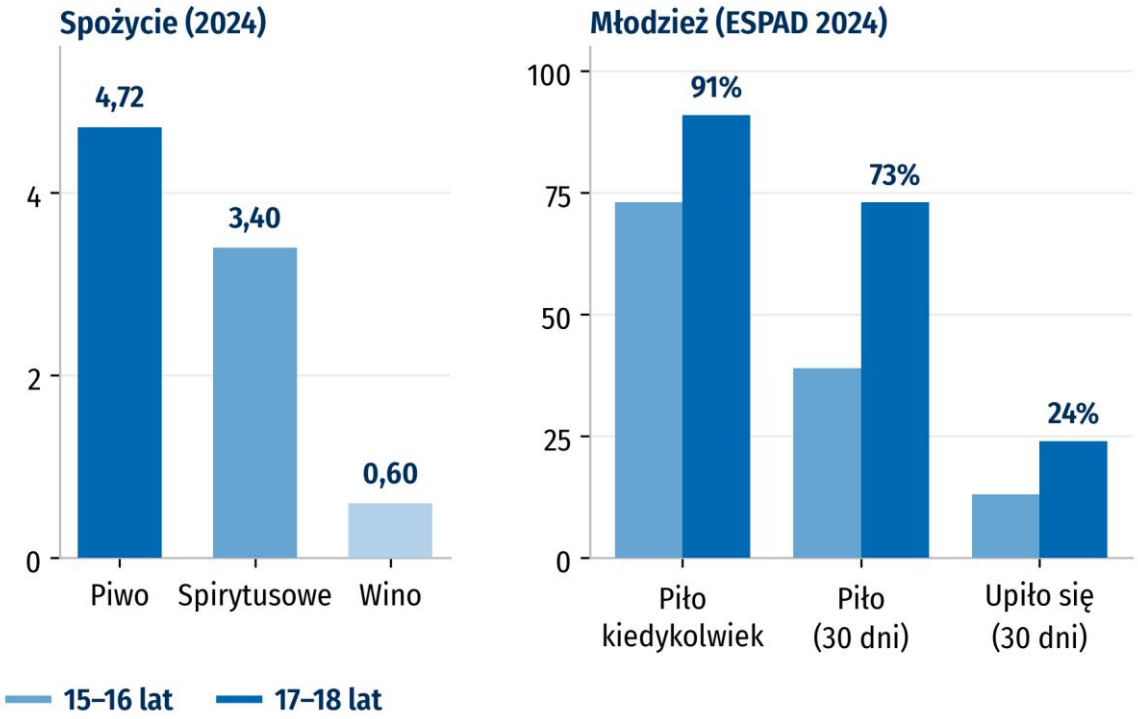
Stygmatyzacja, alkohol i bariery systemowe

Trzeci obszar wyzwań ma charakter najtrudniejszy dla reformy, ponieważ dotyczy postaw społecznych, instytucjonalnej dyskryminacji i strukturalnego niedoinwestowania równocześnie. Z badań EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021) wynika, że p*onad połowa Polaków nie akceptuje osób z zaburzeniami psychicznymi w swoim środowisku i niechętnie widziałaby placówki opieki psychiatrycznej w pobliżu miejsca zamieszkania*. Problem ma charakter strukturalny i kulturowy, a nie wyłącznie deklaratywny. Jego źródłem jest trwały lęk wobec instytucji psychiatrycznej, sięgający polskiej historii XX wieku, którego przezwyciężenie jest warunkiem wstępnym każdej reformy.

Według badania EZOP II 12% Polaków doświadczyło **w swoim życiu zaburzeń związanych z alkoholem** (kategoria F10). Co piąty mężczyzna w wieku produkcyjnym spełnia kryteria nadużywania. Statystyki spożycia, co należy odnotować, pokazują tendencję spadkową. Według danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, w 2024 r. spożycie czystego alkoholu na mieszkańca wyniosło 8,8 litra, najmniej od sześciu lat. Jednak raport „Uzależnienia w Polsce 2023" wskazuje równocześnie, że liczba zgonów z powodu używania alkoholu osiągnęła w 2021 r. najwyższą wartość w historii pomiarów — 14 048 przypadków — i utrzymuje się od kilku lat na podwyższonym poziomie. Jednocześnie konieczne jest uwzględnienie nadużywania i uzależnienia od alkoholu w kontekście szerszego obrazu uzależnień od substancji chemicznych oraz behawioralnych.

I.10 Alkohol — spożycie i picie wśród młodzieży

Litry czystego alkoholu na mieszkańca oraz % uczniów

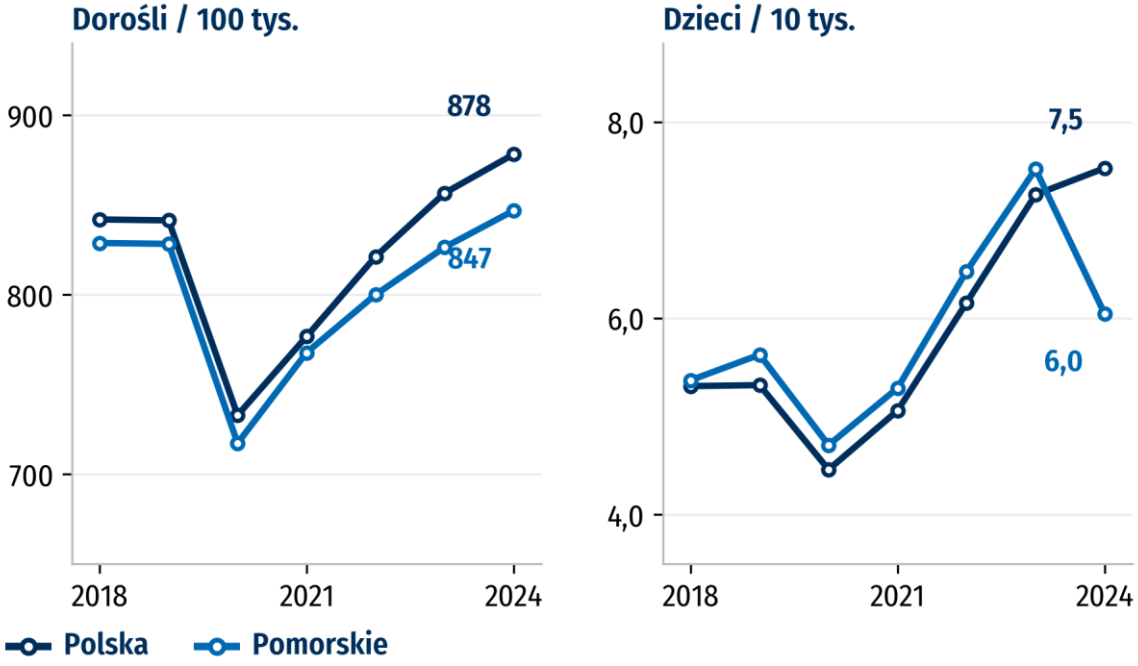


Adnotacja. Spożycie alkoholu na mieszkańca według rodzaju napoju (Polska, 2024) oraz rozpowszechnienie picia alkoholu wśród młodzieży (ESPAD 2024). Dane ogólnopolskie. Oficjalne dane o spożyciu i ogólnopolski ESPAD nie obejmują przekroju wojewódzkiego.

W strukturze spożycia dominuje piwo, odpowiadające za ponad połowę wypijanego alkoholu, przed wyrobami spirytusowymi i — marginalnie — winem. Szczególnie niepokojąca pozostaje powszechność picia wśród młodzieży. Po alkohol sięgnęło kiedykolwiek 73% uczniów w wieku 15–16 lat i 91% w wieku 17–18 lat, a w ciągu ostatnich trzydziestu dni piło odpowiednio 39% i 73% z nich. Do upicia się w tym samym okresie przyznał się co ósmy młodszy i niemal co czwarty starszy nastolatek.

I.11 Leczeni z powodu uzależnień

Pacjenci z rozpoznaniem F10–F19, 2018–2024



Adnotacje. Pacjenci leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19) — dorośli (na 100 tys. dorosłych) i dzieci/młodzież (na 10 tys. nieletnich), Polska i województwo pomorskie, 2018–2024. Źródło: opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych. Wskaźniki odniesiono do populacji właściwej grupy wiekowej.

Trzeci wymiar barier ma charakter czysto strukturalny. Polska wydaje na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień oraz pilotaż CZP około 4,3% **kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w NFZ** — 4,28% w 2024 r. i 4,26% w 2025 r., a więc na poziomie niemal niezmiennym. Na licznik składają się koszty opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (6 462 mln zł w 2025 r.) oraz pilotażu centrów zdrowia psychicznego (2 242 mln zł), mianownikiem są koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem (204,4 mld zł); sam zakres 04 daje 3,2%, a pilotaż dokłada 1,1 pkt proc. Mianownik obejmuje wyłącznie świadczenia — poza nim pozostają zadania zespołów ratownictwa medycznego, refundacja leków dla osób powyżej 75. roku życia i kobiet w ciąży oraz pozostałe zadania finansowane na podstawie art. 97 ustawy o świadczeniach, które dopełniają koszty realizacji zadań Funduszu do 216,7 mld zł, a także koszty poboru składek i odpisy ustawowe — dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencji Badań Medycznych oraz Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych — potrącane już po stronie przychodów (zob. adnotację do rysunku poniżej).

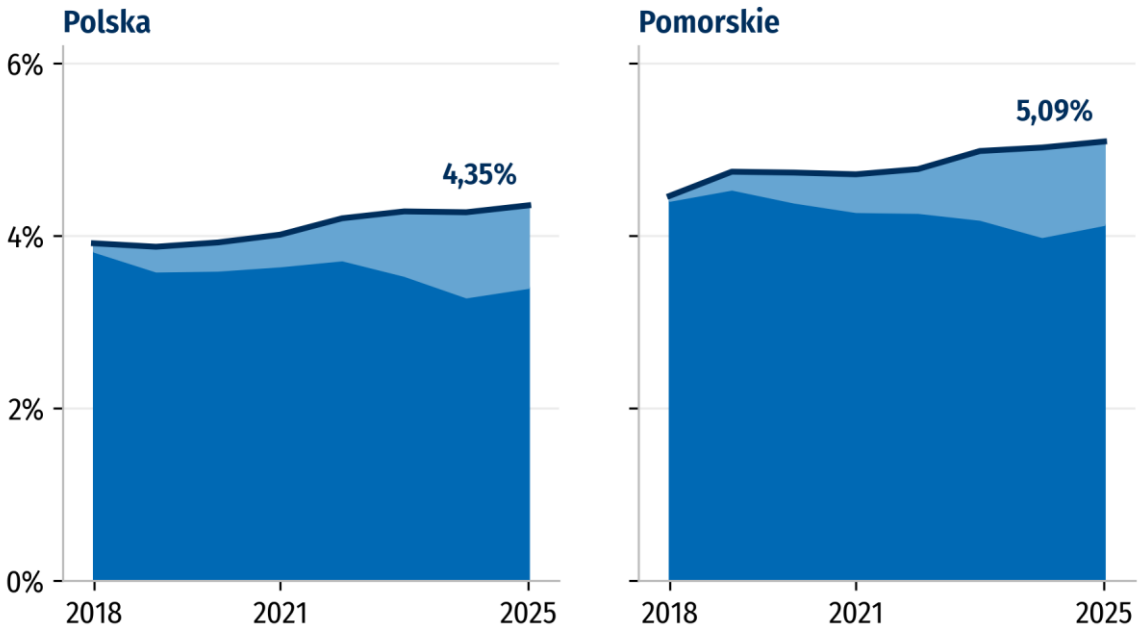
Pilotaż CZP wyodrębniono, ponieważ pozycja sprawozdawcza „programy pilotażowe" obejmuje także inne przedsięwzięcia, w tym program Dobry Posiłek w Szpitalu (1,75 mld zł w ciągu trzech lat); jednocześnie brak jest porównywalnej metodycznie średniej unijnej, ponieważ europejskie rachunki zdrowia (Eurostat, *System of Health Accounts*) nie

wyodrębniają zdrowia psychicznego jako osobnej kategorii wydatkowej. Konsekwencją niedofinansowania jest niedobór kadr. W Polsce praktykuje niespełna 16 psychiatrów na 100 tys. mieszkańców (15,95 w 2024 r.) — wobec 29,0 w Niemczech, 26,8 w Grecji i 25,6 w Holandii; niższy wskaźnik ma tylko pięć spośród dwudziestu pięciu państw Unii Europejskiej, dla których Eurostat publikuje te dane (Eurostat, 2025c). W psychiatrii dzieci i młodzieży zawód wykonywało na koniec 2025 r. 603 lekarzy ze specjalizacją — o 35 więcej niż rok wcześniej (568) — a szkolenie specjalizacyjne odbywało kolejnych 461 lekarzy, o 116 osób więcej niż w 2024 r. (dane CMKP). Na jednego specjalistę przypada zatem około 11 tys. osób poniżej 18. roku życia (6,69 mln osób w wieku 0–17 lat; dane GUS, Bank Danych Lokalnych, 2024). Wskaźnik pozostaje niski, lecz jego dynamika jest rosnąca, a konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wiąże ją z wdrażaniem trójpoziomowego modelu środowiskowego, opartego na pracy zespołów wielodyscyplinarnych i współpracy międzysektorowej — a więc na rozwiązaniach, które niniejsze opracowanie proponuje dla opieki nad dorosłymi (Lewandowska, 2026). Łączne nakłady na psychiatrię pozostają w Polsce na poziomie wyraźnie poniżej potrzeb. Wzrost nominalny wynika przy tym niemal wyłącznie z ekspansji pilotażu CZP i reformy psychiatrii dzieci i młodzieży — udział samego zakresu podstawowego (04) w tym czasie się obniżył.

Województwo pomorskie utrzymuje nakłady trwale powyżej średniej krajowej: z 4,5% w 2018 r. do ponad 5% w latach 2024–2025 (5,09% w 2025 r.) — w ujęciu zakontraktowanym, tak jak na rysunku. Struktura tego finansowania pokazuje istotę reformy. Środki przesuwają się ze świadczeń rozliczanych klasycznie do ryczałtu Centrów Zdrowia Psychicznego.

I.12 Nakłady na psychiatrię jako % budżetu NFZ

Zakres 04 oraz pilotaż CZP jako % wartości świadczeń zakontraktowanych przez NFZ, 2018–2025



Adnotacja. Pilotaż CZP jest formalnie częścią zakresu 04, ale rozliczany osobnym kodem, więc wartości sumują się addytywnie i nie ma podwójnego liczenia; z rejestru umów wyodrębniono go dlatego, że pozycja „programy pilotażowe" obejmuje także programy spoza zdrowia psychicznego. Rysunek podaje ujęcie zakontraktowane, tekst — wykonanie według planu finansowego: 4,28% w 2024 r. i 4,26% w 2025 r. Źródło: sprawozdania i plany finansowe NFZ 2018–2025 oraz rejestr umów NFZ, stan na 30 lipca 2026 r.

Opisane bariery wzajemnie się wzmacniają. Stygmatyzacja zniechęca osoby doświadczające kryzysu do szukania pomocy, niedofinansowanie czyni tą pomoc trudno dostępną, a jej niedostępność pogłębia kompensacyjne wzorce — w tym używanie alkoholu jako samoleczenia. Tak powstaje samowzmacniający się mechanizm, którego klasyczna psychiatria szpitalna nie jest w stanie przerwać, ponieważ jej próg wejścia jest dla pacjenta zbyt wysoki w obu wymiarach: społecznym i geograficznym.

Z tych trzech obszarów wyłania się jedna hipoteza robocza, weryfikowana w kolejnych częściach. G*łówny problem polskiego systemu opieki psychiatrycznej nie polega na braku zasobów w sensie absolutnym, lecz na ich nieadekwatnym rozmieszczeniu wobec rzeczywistego rozkładu potrzeb populacyjnych*. Hospitalizacja, leczenie w systemie zamkniętym, nie jest adekwatną pomocą w takich problemach jak wskazane wcześniej - wypalenia zawodowe pracownika z powodu ciężkiej reakcji na stres, samotność wdowy-seniorki z depresją, ukraińskiego ucznia z PTSD ani na osobę uzależnioną w fazie wczesnej. Wszystkim tym pacjentom potrzebny jest zintegrowany model środowiskowy. Kierunek, w którym ten model został w polskim prawie nazwany — pilotaż CZP od 2018 r. — jest kierunkiem właściwym. Założenia dotyczące zmiany, sposób wdrażania oraz jakość

świadczonych usług w CZP są jednak dziś poważnym problemem politycznym i instytucjonalnym, omówionym w następnej sekcji.

1.3. Dotychczasowy model opieki psychiatrycznej wyczerpał swoje możliwości

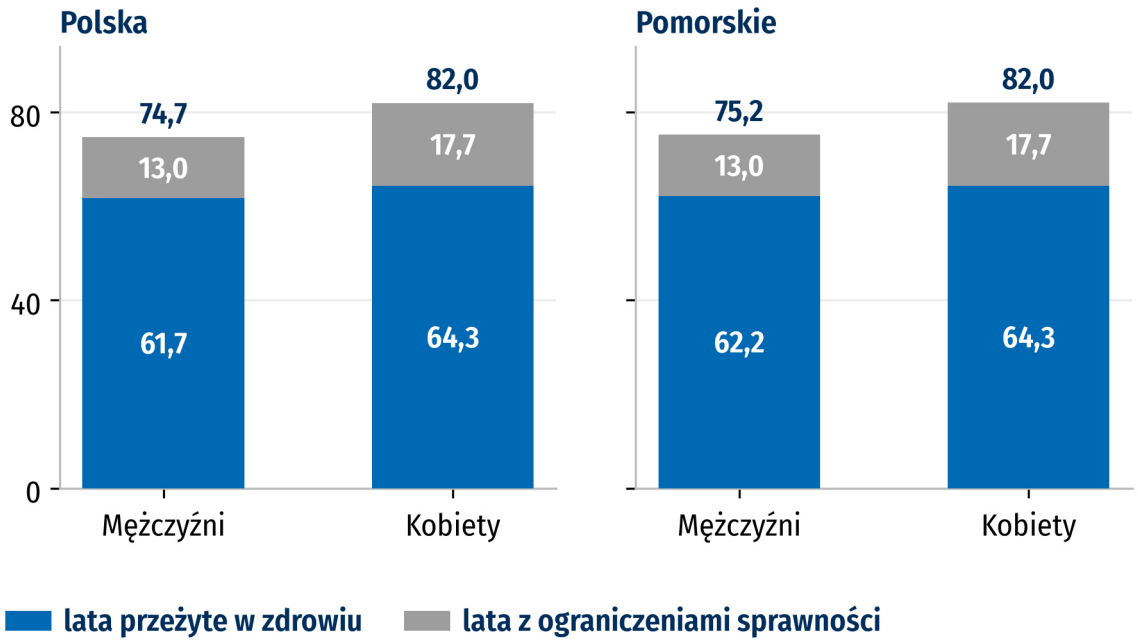
Przed dziesięcioma laty argument na rzecz reformy systemu opieki psychiatrycznej w Polsce opierał się głównie na porównaniu wskaźników zasobowych — liczby psychiatrów na sto tysięcy mieszkańców, liczby łóżek psychiatrycznych, długości kolejek. Argument ten zakładał ukrytą przesłankę: jeśli zwiększymy nakłady i liczbę specjalistów, liczbę poradni i miejsc na oddziałach - problem zostanie rozwiązany. Ostatnia dekada pokazała, że ta przesłanka jest błędna. Pilotaż nie uniknął błędów, które legły u podstaw jego kwestionowania zarówno w debacie eksperckiej i wśród interesariuszy. To zaś spowodowało, na przestrzeni kolejnych kadencji, opóźnienia na poziomie politycznym i decyzyjnym. Przy czym to właśnie na tym ostatnim poziomie są kreowane kolejne rozwiązania, nie zawsze z zachowaniem ciągłości i spójności celów strategicznych. W konsekwencji nie udało się, mimo długiego czasu trwania pilotażu, przeprowadzić efektywnego przetestowania rozwiązań, co pozostaje jedną z obserwowanych przyczyn problemów w organizacji CZP.

Patel i in. (2023) formułują tezę o zasadniczym znaczeniu dla polskiej debaty. Wskazują, że w Stanach Zjednoczonych, mimo wydania w ciągu dwóch dekad ponad 20 mld dolarów na badania nad zdrowiem psychicznym i mimo posiadania jednej z najwyższych na świecie gęstości specjalistów na mieszkańca, wskaźniki zdrowia psychicznego pogorszyły się. Wniosek Patela i współautorów nie podważa zasadności alokowania adekwatnych zasobów (tutaj odpowiednich nakładów i kadr). Pokazuje natomiast, że o zdrowiu psychicznym populacji rozstrzygają nie same zasoby systemu, lecz sposób ich organizacji oraz warunki, w których ludzie żyją, uczą się i studiują, pracują i starzeją się. Właściwą miarą powodzenia reformy nie może być więc liczba specjalistów ani wartość kontraktów, lecz to, czy i jak wskazane zasoby realnie zmieniają życie obywateli. Najbardziej syntetyczną miarą tego rodzaju jest długość życia — a ściślej relacja między tym, jak długo żyjemy, a tym, jak długo żyjemy w zdrowiu.

Miarą tego rozdźwięku — nakładów rosnących szybciej niż efekty zdrowotne — jest zestawienie oczekiwanego trwania życia z latami przeżywanymi w zdrowiu (HLY). W Polsce widzimy to wyraźnie. Kobiety żyją przeciętnie niemal 82 lata, lecz blisko 18 z nich przypada na życie z ograniczeniami ich sprawności; mężczyźni — około 75 lat, w tym blisko 13 z ograniczeniami (Rysunek I.13). Przeciętna długość życia systematycznie rośnie, ale lata przeżywane w zdrowiu nie przyrastają w tym samym tempie. Znaczący udział w tej różnicy mają zaburzenia psychiczne, otępienia i uzależnienia. W innej skali powtarza się więc doświadczenie opisane przez Patela: wskaźniki ilościowe rosną, podczas gdy wymiar jakościowy — zdrowa, samodzielna część życia — pozostaje w tyle. Doświadczenie to pokazuje, że wyzwaniem nie jest samo wydłużanie życia, lecz wydłużanie jego zdrowej części, w czym istotną rolę odgrywa zdrowie psychiczne, współodpowiedzialne za znaczną część lat przeżywanych z niepełnosprawnościami.

I.13 Trwanie życia — lata w zdrowiu i w chorobie

Oczekiwane trwanie życia przy urodzeniu, 2023



Adnotacja. Słupki dzielą przeciętne trwanie życia na lata przeżyte w zdrowiu i lata z ograniczeniami sprawności. Miara zdrowych lat życia łączy tablice trwania życia z deklarowanym ograniczeniem codziennej aktywności, opiera się więc na samoocenie, a nie na rozpoznaniu klinicznym. Różnica między częściami słupka pokazuje skalę lat przeżytych w gorszym stanie zdrowia. Źródło: Eurostat, *Healthy life years* (hlth_hlye), oraz GUS, Trwanie życia.

Z perspektywy populacyjnej, jak piszą autorzy, *nie widać korelacji między gęstością specjalistów a chorobowością zaburzeń psychicznych*. Konkluzja jest jednoznaczna (tłumaczenie własne):

> *„dotychczasowy model się nie sprawdził i nadal się nie sprawdzi. Rozwiązania dla transformacji systemów ochrony zdrowia psychicznego są już obecne w istniejących zasobach — wymagają jednak akceptacji, że stara droga zawiodła."*

Patel i in. (2023) formułują pięć zasad transformacji, z których trzy są szczególnie istotne dla polskiego kontekstu: **po pierwsze**, opieka kierowana potrzebami pacjenta, a nie kategorią diagnostyczną; **po drugie**, upodmiotowienie pracowników – specjalistów z pierwszej linii wsparcia (w tym pracowników nieklinicznych — asystentów zdrowienia, terapeutów środowiskowych) i dostarczenie im warsztatu interwencji psychospołecznych z udowodnioną efektywnością kliniczną; **po trzecie**, umieszczenie osób z doświadczeniem zaburzenia psychicznego w centrum systemu (w oryginalnym wyliczeniu Patela — zasada piąta) — nie jako odbiorców usług, lecz jako współprojektantów. Przyjmując wagę tych

zasad, należy wdrażać wskazane postulaty ostrożnie — zgodnie z kryteriami przejrzystości opisanymi w rozdziale IV — tak aby ograniczyć ryzyko nadużyć i błędnej identyfikacji problemów w ochronie zdrowia.

Te zasady nie są nowe. Pojawiają się w niemal identycznej formie w *World Mental Health Report* WHO z 2022 r., w trzech ścieżkach transformacji: pogłębienie wartości i zaangażowania, przekształcenie środowisk wpływających na zdrowie psychiczne, wzmocnienie systemów opieki. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* — przyjęty przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 2013 r., przedłużony do 2030 r. i zaktualizowany w 2021 r. — wyznacza wszystkim 194 państwom członkowskim, w tym Polsce, cztery cele systemowe; trzy ścieżki transformacji są rekomendacją *World Mental Health Report* 2022, a nie zobowiązaniem wynikającym z planu. Polska nie ma zatem swobody co do celów, do których się zobowiązała, ma ją natomiast co do architektury, która do nich prowadzi. Kierunek krajowy został wybrany w 2018 r. Problem dotyczy dziś nie kierunku, lecz spójności, tempa i jakości wdrożenia.

Skala pilotażu z którą aktualnie mamy do czynienia — sto dziewiętnaście ośrodków obejmujących ponad połowę dorosłej populacji (51,5%; obszary wyznaczone — 55,6%), ponad pół miliona pacjentów leczących się w CZP rocznie oraz ponad 8 mld zł skumulowanych nakładów — wyklucza już możliwość traktowania go jako eksperymentu o ograniczonym znaczeniu. Pilotaż stał się głównym kierunkiem polskiej polityki zdrowia psychicznego dorosłych. Pytanie nie brzmi już, czy go kontynuować. Brzmi ono: jak przekształcić go w trwały system, który zrealizuje zobowiązania wynikające z planu WHO i da możliwość państwu odpowiedzi na pięć wymiarów kryzysu wskazanych powyżej.

1.4. Dobra opieka: dwa filary teoretyczne

Każda propozycja reformy systemu publicznego — niezależnie od tego, jak skutecznie operuje danymi i jak precyzyjnie projektuje narzędzia legislacyjne — opiera się na ukrytych założeniach co do tego, czym ten system powinien być; jak ma być (nie) realizowana troska o pacjenta. Założenia te decydują o hierarchii priorytetów, o tym, które kompromisy są dopuszczalne, a które nie, i o tym, jak rozumiemy „sukces" reformy. Biała Księga, którą Czytelnik trzyma w ręku, świadomie deklaruje swoje założenia teoretyczne. Robi to z dwóch powodów: aby umożliwić rzetelną krytykę i aby uniknąć pułapki technokratycznej, w której decyzje o ludzkim cierpieniu są podejmowane w języku procesów administracyjnych. Dlatego w Białej Księdze odwołujemy się do dwóch filarów teoretycznych: wartości publicznej Marka H. Moore'a i porozumienia o wartości publicznej (*Public Value Agreement*, PVA) oraz tradycji etyki troski.

Wartość publiczna

Moore zaproponował, by menedżerów organizacji publicznych — szpitali, szkół, urzędów — oceniać nie tyle przez pryzmat efektywności (czy wykonują zadania zgodnie z procedurą i bilansują budżety podmiotów publicznych), ile przez pryzmat tworzenia wartości

publicznej. Wartość publiczna, w ujęciu Moore'a, jest dobrem, które ów menedżer rozwija dla wspólnoty lokalnej, a nie instytucji publicznej. Ryzyko dla tego podejścia powstaje wówczas, gdy model pracy CZP jest wdrażany bez uwzględnienia zidentyfikowanych problemów, danych i efektów pracy różnych gremiów, a także perspektywy pacjentów i ich rodzin. To oni są nośnikami wartości publicznej, czyli tego, co lokalnie może być rozwijane na rzecz ich zdrowia psychicznego.

Moore proponuje rozumieć każdą decyzję menedżera publicznego jako wymagającą uzgodnienia trzech elementów. Pierwszym jest sama wartość publiczna — odpowiedź na pytanie, co dobrego dla wspólnoty lokalnej robi CZP, jakie cierpienie zmniejsza, jakie potrzeby zaspokaja. Drugim jest legitymizacja — odpowiedź na pytanie, czy uprawnione gremia (parlament, samorząd, organy nadzoru, opinia publiczna) akceptują tę pracę i czy są gotowe ją wspierać politycznie i finansowo. Trzecim są zdolności organizacyjne. To odpowiedź na pytanie, czy CZP dysponuje zasobami ludzkimi, materialnymi i procesowymi, by chronić i wspierać mieszkańców w powrocie do zdrowia psychicznego w perspektywie rozwiązań ogólnopolskich.

Wartość publiczna, jaką jest opieka środowiskowa, jest deklarowana — w aktach prawnych, w komunikacji ministerstwa, w dokumentach różnych zespołów — ale nie jest uzgodniona w przestrzeni publicznej w sposób, który pozwalałby na jasną odpowiedź na pytanie, czemu właściwie służą CZP. Czy redukcji hospitalizacji? Czy zwiększeniu dostępu do opieki ambulatoryjnej? Czy odpowiedzialności populacyjnej za zdrowie psychiczne mieszkańców obszaru? Czy wdrożeniu standardów Patela i WHO?

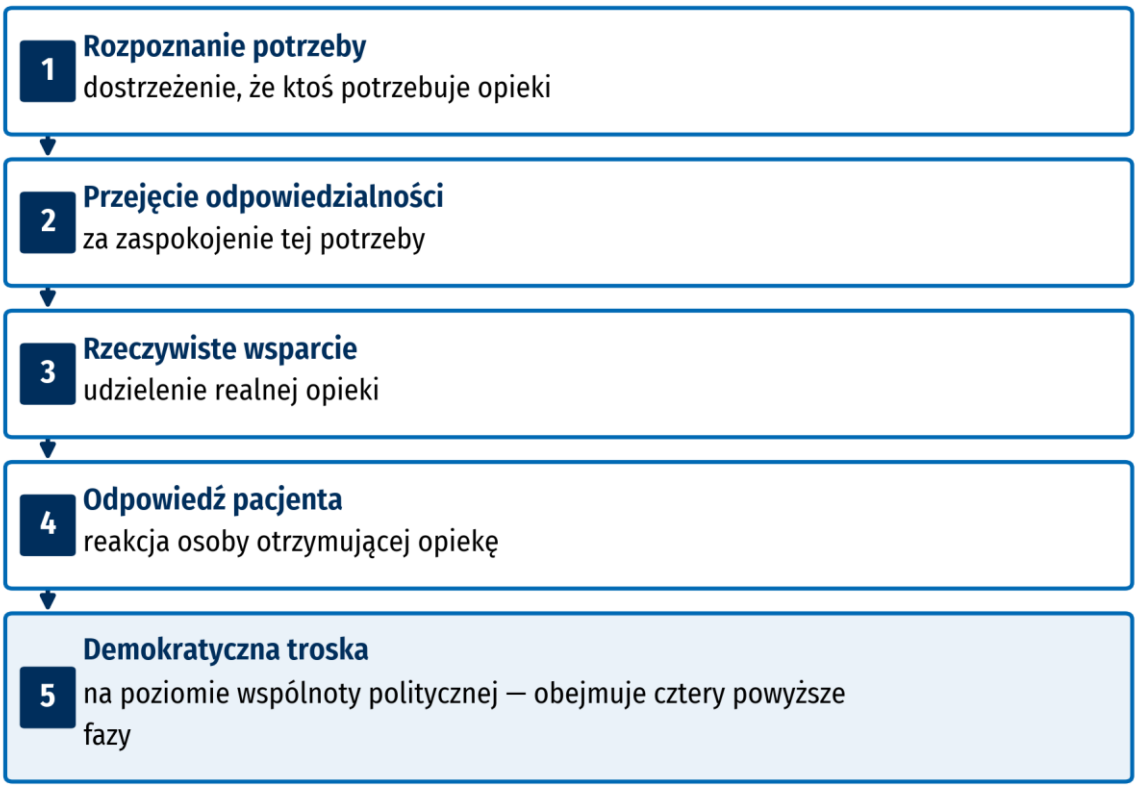
Każda z tych odpowiedzi jest możliwa do obrony, ale każda implikuje inną politykę. Legitymizacja jest najsłabszym wierzchołkiem w reformie systemu ochrony zdrowia psychicznego. Diagnoza w języku PVA jest zatem precyzyjna. Centra Zdrowia Psychicznego mają zdolności i rozpoznaną potrzebę, ale nie mają stabilnej legitymizacji ani jasno uzgodnionej wartości publicznej, której służą. Biała Księga proponuje narzędzia uzupełnienia obu tych braków.

Etyka troski

Drugi filar Białej Księgi to tradycja etyki troski. Etyka troski powstała jako krytyka dominujących w filozofii zachodniej koncepcji etycznych, które zakładały moralnie autonomiczny, racjonalny, niezależny podmiot. Każdy człowiek przez znaczną część życia — w dzieciństwie, w chorobie, w starości — pozostaje zależny od innych, a sama struktura życia społecznego opiera się na trosce o siebie nawzajem. Joan Tronto zaproponowała pięć warstw troski. Każda z tych warstw wymaga innej kompetencji instytucjonalnej, ale wszystkie razem tworzą cykl, który — jeśli nie jest domknięty — pozostawia ludzi bez odpowiedzi na ich rzeczywiste potrzeby.

I.14 Pięć warstw troski

Fazy troski według koncepcji Joan Tronto



Adnotacja. Pięć warstw (faz) troski według koncepcji Joan Tronto. Cztery pierwsze warstwy opisują proces troski: (1) rozpoznanie potrzeby — dostrzeżenie, że ktoś potrzebuje opieki (*caring about*); (2) przejęcie odpowiedzialności za zaspokojenie tej potrzeby (*taking care of*); (3) rzeczywiste wsparcie — udzielenie realnej opieki (*care-giving*); (4) odpowiedź osoby otrzymującej opiekę (*care-receiving*). Piąta warstwa — troska demokratyczna na poziomie wspólnoty politycznej (*caring with*) — to wymiar polityczno-etyczny obejmujący i porządkujący cztery pozostałe fazy. Opracowanie własne.

Dla polityki zdrowia psychicznego etyka troski oferuje trzy istotne korekty wobec dominującego dziś języka administracji ochrony zdrowia. Po pierwsze, przesuwa uwagę z transakcji (wykonana usługa, rozliczone świadczenie) na relację (odpowiedzialność za człowieka w jego procesie zdrowienia). Po drugie, dowartościowuje pracę opiekuńczą jako pracę kompetentną — pielęgniarki, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, asystenta zdrowienia, członka rodziny — która w klasycznym modelu medycznym była niewidoczna. Po trzecie, wymaga, by system opieki był projektowany z perspektywy odbiorcy opieki, a nie z perspektywy świadczeniodawcy lub płatnika.

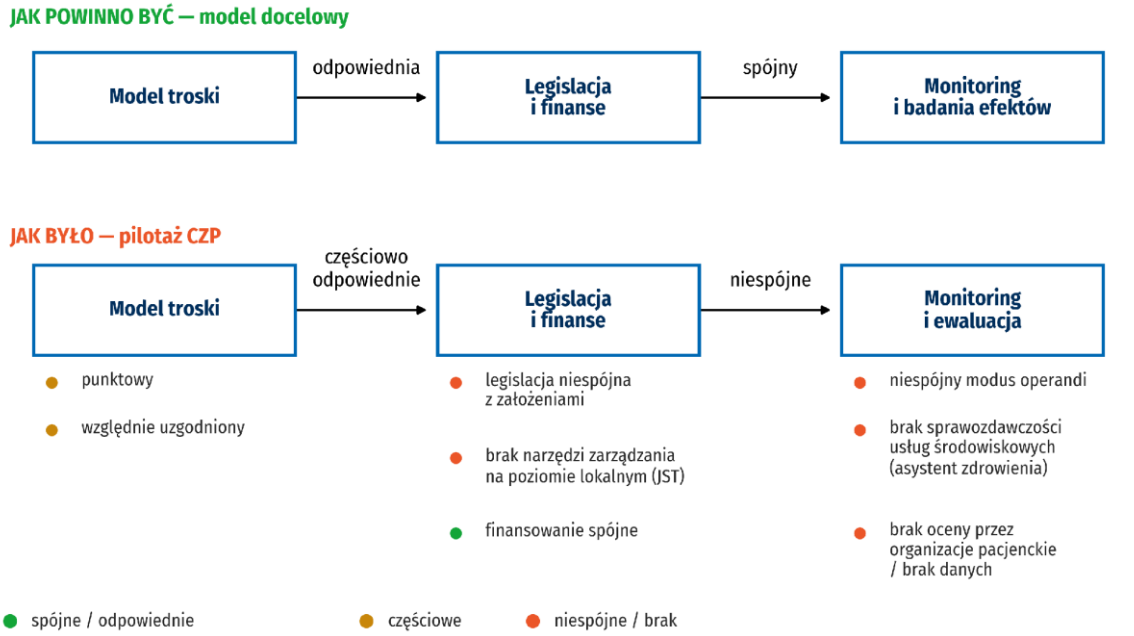
Te trzy postulaty są bezpośrednio zbieżne z piątą zasadą Patela i jego współautorów (umieszczenie osób z doświadczeniem w centrum systemu) oraz z trzecią ścieżką WHO 2022 (wzmocnienie opieki w paradygmacie *person-centred, human rights-based, recovery-oriented*). Etyka troski nie jest więc egzotyczną teorią humanistyczną, którą próbujemy

doszczepić do polityki zdrowotnej. Jest filozoficznym fundamentem tego, co WHO i Patel formułują w języku epidemiologii i zarządzania.

Napięcie między ideą CZP a wdrożeniem

Wartość publiczna i etyka troski pozostają ze sobą w napięciu, zarówno w modelu tradycyjnej administracji jak i z perspektywy szkoły Nowego Publicznego Zarządzania. Wartość publiczna jest ramą menedżerską, zaprojektowaną dla menedżerów publicznych z perspektywy zarządzania strategicznego — operuje pojęciami efektywności, legitymizacji, alokacji zasobów. Etyka troski jest ramą humanistyczną, krytyczną wobec myślenia menedżerskiego. W pilotażu było to widoczne w projektowaniu rozwiązań, które redukowały pracę CZP do mierzalnych wskaźników i ignorowały jej relacyjny charakter.

I.15 Model troski: łańcuch docelowy a ocena pilotażu CZP



Adnotacja. Model troski w opiece psychiatrycznej — łańcuch docelowy zestawiony z oceną realizacji pilotażu. Ocena pilotażu CZP: model względnie uzgodniony (punktowy); legislacja niespójna z założeniami przy spójnym finansowaniu; monitoring i ewaluacja o niespójnym modelu organizacyjnym, bez możliwości sprawozdania usług w modelu środowiskowym (w tym asystenta zdrowienia) i bez oceny pilotażu przez organizacje pacjenckie / przy braku danych. Opracowanie własne (ocena ekspercka).

W niniejszej Białej Księdze przyjęto świadomą hierarchię rozwiązującą tą częściową wewnętrzną sprzeczność: wartość publiczna daje strukturę, etyka troski — treść. Innymi słowy: trójkąt wartości publicznej służy jako narzędzie diagnozy organizacyjnej i porządkowania postulatów reformy. Pozwala pytać, czy zmiana ustawowa wzmocni wartość publiczną, legitymizację lub zdolności CZP. Natomiast pytanie, jaka jest ta wartość publiczna, czego ona dotyczy i wobec kogo organizacja ma zobowiązania, formułujemy w języku etyki troski. Wartością publiczną CZP nie jest zatem „liczba świadczeń wykonanych

w roku" ani „liczba pacjentów objętych opieką". Oba te wskaźniki mają jednak znaczenie operacyjne. **Wartością publiczną CZP jest zdolność wspólnoty terytorialnej do udzielania kompetentnej opieki ludziom, którzy jej potrzebują, w taki sposób, by zachowali oni samostanowienie, godność, autonomię i więzi społeczne.**

Sformułowanie celu w taki sposób ma konsekwencje praktyczne, które rozwijamy w kolejnych częściach. Pociąga za sobą określoną architekturę finansowania (ryczałt populacyjny, a nie płatność za usługę — *fee-for-service*, FFS), strukturę kadrową (zespoły interdyscyplinarne z udziałem asystentów zdrowienia, nie tylko piramidę specjalistów), zasady rozliczalności (wskaźniki jakościowe i funkcjonalne obok wskaźników wykonania) oraz ramy prawne (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, rozporządzenie w sprawie standardu leczenia w CZP). Pozwoli to uniknąć transformacji pozornej — jednego z istotnych zagrożeń procesu przekształcania systemu opieki psychiatrycznej. Formalnej zmianie struktury organizacyjnej i sposobu kontraktowania nie towarzyszy wówczas rzeczywiste wdrożenie modelu środowiskowego (terapeuci środowiskowi, asystenci zdrowienia, zespoły środowiskowe, współpraca z rodzinami, funkcjonujące punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne (PZK)). Dotychczas nie przeprowadzono w Polsce niezależnej, porównawczej ewaluacji modeli na wspólnych wskaźnikach — bez niej nie da się odróżnić faktycznej reformy od zmiany nazwy i finansowania istniejącej poradni.

1.5. Zidentyfikowane problemy pilotażu i kierunki ich rozwiązania

Najtrudniejszym punktem reformy nie jest kierunek zmiany ani sam model opieki środowiskowej, lecz uzgodniona diagnoza problemów, które ujawnił pilotaż. Osiem lat funkcjonowania CZP poza ramami ustawowymi pozostawiło zbiór konkretnych, udokumentowanych słabości — opisanych w rocznych raportach Biura do spraw pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej: Biuro ds. pilotażu NPOZP), w raporcie końcowym Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego (ukończonym 30 września 2025 r., opublikowanym w lutym 2026 r.), w raportach Najwyższej Izby Kontroli oraz w narastającej krytyce czasami ujawnianej w mediach. W tej sekcji porządkujemy te problemy w trzy grupy — finansowo-rozliczeniowe, organizacyjno-terytorialne oraz wskaźnikowo-jakościowe — a dla każdej z nich wskazujemy kierunek rozwiązania przyjęty w pracach Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego i rozwijany w kolejnych częściach Białej Księgi. Diagnozę formułujemy wprost. Krytyka pilotażu nie jest argumentem za powrotem do modelu azylowego, lecz warunkiem rzeczywistego domknięcia reformy. Przy każdym zaproponowanym kierunku rozwiązania, wskazujemy jego rozwinięcie w dalszych rozdziałach.

Problemy finansowe i rozliczeniowe

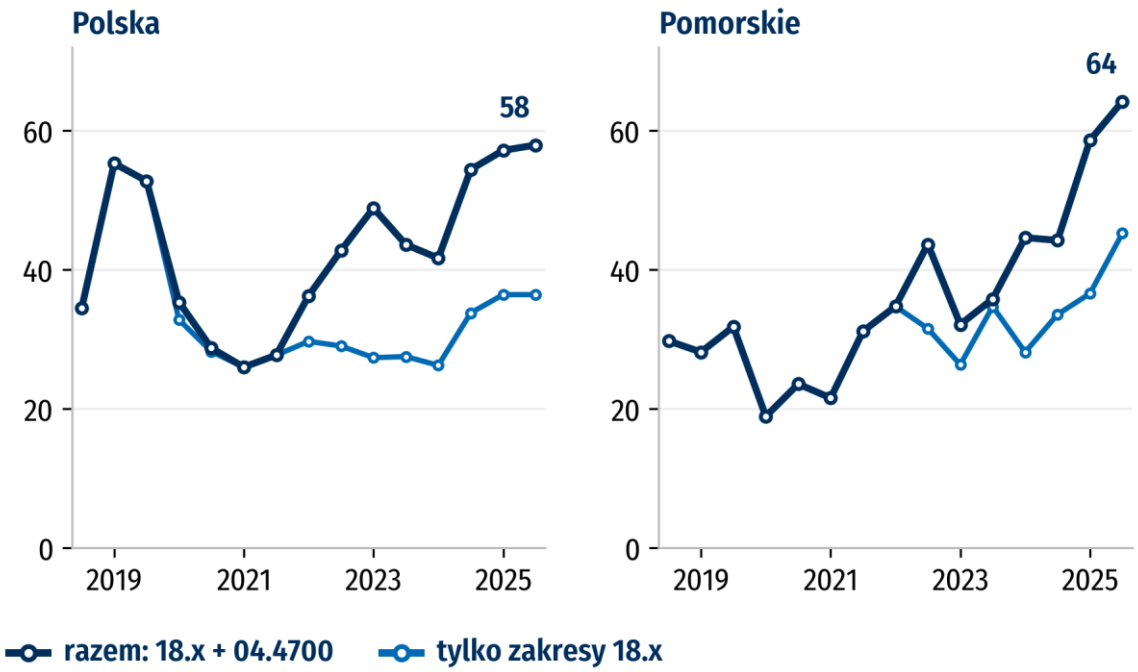
Pilotaż ujawnił słabości finansowania kapitacyjnego. Budżet populacyjny nie zawsze pozostawał w korelacji z realnym zapotrzebowaniem i intensywnością świadczeń, a system nie premiował działań ponadstandardowych ani nie wiązał płatności z jakością i efektami

leczenia. Najpoważniejszym problemem operacyjnym okazał się mechanizm korekt ryczałtu, który destabilizował finansowo realizatorów — szczególnie centra typu B, pozbawione własnych oddziałów całodobowych a w przypadku części centrów typu A – korekty za hospitalizacje w innych szpitalach. System nie dawał przy tym realizatorom narzędzi do prognozowania budżetu, a brak jasnych zasad waloryzacji stawki kapitacyjnej sprawiał, że nawet dobrze funkcjonujące centra zaczynały generować straty.

Kolejnym źródłem napięć były świadczenia udzielane osobom spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej. W 2023 r. powiększenia ryczałtu z tego tytułu wyniosły ok. 186,6 mln zł za leczenie ambulatoryjne i ok. 291,4 mln zł za hospitalizacje (dane z OW NFZ), a w trzech centrach typu A koszty leczenia pacjentów spoza obszaru przekroczyły 100% ich ryczałtu w danym okresie rozliczeniowym.

I.16 Wystandaryzowane kwoty powiększenia budżetu CZP (fee-for-service)

Mediana wskaźnika CZP: suma powiększeń 18.1700/2700/2730/4700 + 04.4700; tys. zł na 100 tys. ludności poza obszarem



Adnotacja. Wskaźnik liczony dla każdego CZP i każdego okresu rozliczeniowego (półrocza) osobno: suma powiększeń budżetu z tytułu świadczeń udzielonych pacjentom spoza obszaru działania (zakresy 18.1700, 18.2700, 18.2730 i 18.4700) oraz przychodów z zakresu 04.4700 rozliczanych obok ryczałtu przy umowie pilotażowej, ale pobieranych z budżetów innych CZP.

Wystandaryzowany wskaźnik typowego centrum — mediana kwoty wzrostu nakładów w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwa pozostającej poza jego obszarem — liczony wyłącznie z zakresów 18.x wygląda na stabilny, a w części szpitalnej wręcz malejący. Jednak po doliczeniu drugiego strumienia zapłaty za pacjentów spoza obszaru — zakresu 04.4700 realizowanego przy umowie pilotażowej i finansowanego z pomniejszeń § 21 innych CZP — obraz się odwraca. Mediana łącznych powiększeń rośnie w kraju z relatywnie niskich

wartości około 26 tys. zł w 2021 r. do 58 tys. zł w 2025 r. Część rozliczeń hospitalizacji pacjentów spoza obszaru przeniosła się po prostu z zakresu 18.4700 do 04.4700. To substytucja rozliczeniowa, a nie spadek zjawiska. Rosnący pobór „spoza" typowego CZP oznacza, że mechanizm ten stał się trwałym elementem stabilizacji budżetów wykraczającym poza to, co tłumaczyłyby potrzeby zdrowotne populacji nieobjętej siecią.

Województwo pomorskie odnotowuje wartości wyższe niż statystyczny wzorzec krajowy. Mediana łącznych wzrostów rośnie niemal nieprzerwanie do 64 tys. zł na 100 tys. ludności poza obszarem w 2025 r. — najwyższego poziomu w całym badanym okresie — a różnica między sumą a zakresami 18.x narasta od 2022 r. Potwierdza to niedomknięcie zabezpieczenia łóżkowego regionu opisane przy macierzy przepływów i uzasadnia kontraktowe uporządkowanie funkcji oddziału zabezpieczającego w modelu docelowym.

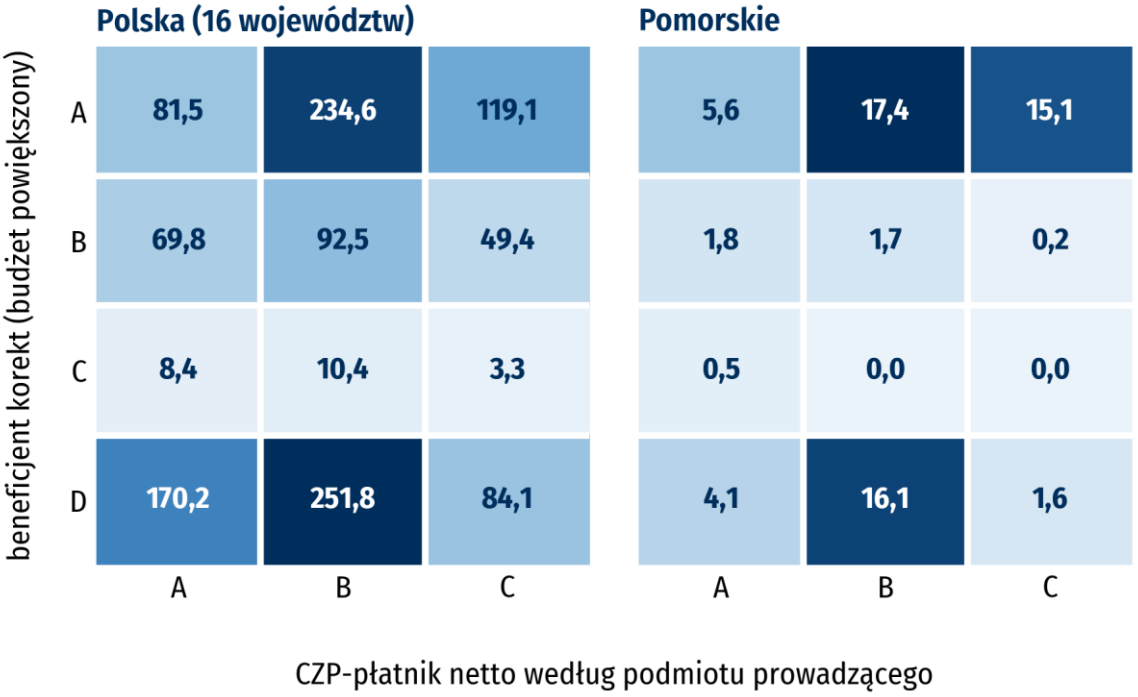
Drugi problem finansowy (mechanizm rozliczeń budżetu CZP) to macierz korekt zgodna z § 21 rozporządzenia pilotażowego. Pokazuje ona, dokąd realnie odpływają pieniądze z ryczałtu, gdy mieszkańcy ich obszarów leczą się gdzie indziej.

W skali kraju skumulowane pomniejszenia budżetów CZP z § 21 wyniosły w latach 2018–2025 blisko 1,2 mld zł. Nominalnie połowę tego kosztu poniosły centra prowadzone przez szpitale ogólne i wielospecjalistyczne (kolumna B — 589 mln zł), jednak po wystandaryzowaniu na ludność obszaru obraz się odwraca. Relatywnie najbardziej obciążone są centra prowadzone przez podmioty nieszpitalne (kolumna C) — około 2,4 mln zł na 100 tys. mieszkańców na półrocze, czterokrotnie więcej niż centra przy szpitalach psychiatrycznych (kolumna A). Strumień korekt płynie niemal w całości do podmiotów dysponujących łóżkami lub działających poza siecią. 37% zasila szpitale psychiatryczne (wiersz A), a 43% — realizatorów spoza sieci CZP (wiersz D). Mechanizm działa więc systematycznie na niekorzyść centrów pozbawionych własnego zaplecza stacjonarnego: koszty hospitalizacji i świadczeń udzielonych ich mieszkańcom poza obszarem wracają do nich jako pomniejszenia ryczałtu, i to tym dotkliwsze w przeliczeniu na mieszkańca, im bliżej dane centrum jest środowiskowego ideału reformy.

W województwie pomorskim struktura przepływów jest ostrzejsza niż w kraju. Ze skumulowanych 64 mln zł korekt aż trzy piąte trafiło do szpitali psychiatrycznych (wiersz A), a trzecia część — do realizatorów spoza sieci. Nominalnie najwięcej płacą centra przy szpitalach ogólnych (35 mln zł), ale w przeliczeniu na mieszkańca bezkonkurencyjnie najbardziej obciążone jest jedyne pomorskie centrum prowadzone przez podmiot nieszpitalny. Mediana jego łącznych korekt to około 4,9 mln zł na 100 tys. mieszkańców na półrocze — kilkanaście razy więcej niż typowe centrum przy szpitalu psychiatrycznym (0,3 mln zł) i czterokrotnie więcej niż typowe centrum przy szpitalu ogólnym (1,3 mln zł). Dla proponowanej w Białej Księdze symulacji umów płynie stąd wniosek wprost. Bez urealnienia mechanizmu § 21 model finansowy strukturalnie destabilizuje budżety CZP bez własnych łóżek, czyli dokładnie tych, które reforma chce rozwijać.

I.17 Pomniejszenia budżetów CZP (§ 21) — kto płaci, kto otrzymuje

Skumulowane korekty § 21 w mln zł: wiersze — beneficjent, kolumny — CZP-płatnik netto



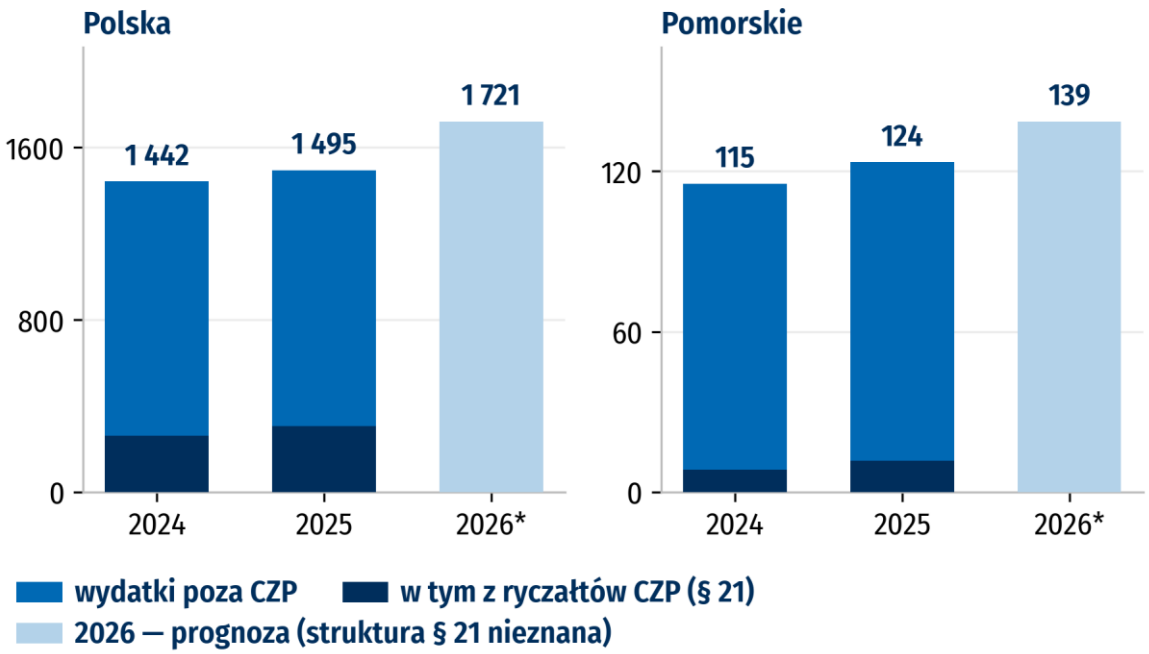
Adnotacja. Klucz kategorii źródłowych podmiotu prowadzącego (klasyfikacja podmiotów realizujących pilotaż; nie mylić z typami A/B centrów): A — szpital psychiatryczny (całodobowy oddział psychiatryczny i profil psychiatryczny działalności), B — szpital ogólny/wielospecjalistyczny, C — podmiot leczniczy niesz pitalny; D — beneficjent spoza sieci CZP. Przepływy wewnątrz tego samego podmiotu wyłączono (116 mln zł w kraju, 5,7 mln zł w pomorskim). W wariancie na 100 tys.: wartości średnie na półrocze, w tys. zł na 100 tys. ludności 18+ obszaru CZP-płatnika; mianownik obejmuje wszystkie aktywne CZP danej kategorii, również bez korekt (populacja obszarów oszacowana z ryczałtu). Mediana łącznych korekt na CZP i półrocze (tys. zł/100 tys.): Polska — A 463, B 744, C 2 324; pomorskie — A 298, B 1 267, C 4 892 (kategoria C w pomorskim to jeden podmiot). Źródło: rozliczenia § 21 z pism oddziałów wojewódzkich NFZ (16 województw, stan 11.07.2026), okresy 2018 H2–2025 H2. Opracowanie własne.

Zespół ministerialny zarekomendował finansowanie oparte na modelu mieszanym: stabilna stawka bazowa naliczana na populację pełnoletnich mieszkańców obszaru, składowa funkcyjna zależna od liczby i kategorii pacjentów oraz składowa jakościowa (premia) powiązana z wynikami leczenia. Budżet populacyjny ma być ustalany na okres roczny — co zwiększa przewidywalność — z jasnymi, z góry znanymi zasadami korekt migracyjnych (uwzględniających ruch ludności in plus i in minus) oraz terminami waloryzacji. Świadczenia dla osób spoza obszaru mają mieć charakter ograniczony, a obszar odpowiedzialności terytorialnej ma być tożsamy z obszarem kontraktowania przez NFZ, co usuwa źródło „bezterytorialnego" napływu pacjentów. Mechanizmy te szczegółowo rozwijamy w części poświęconej finansowaniu.

Skala tego zjawiska jest mierzalna, a jej właściwe odczytanie zmienia wnioski o kosztach reformy. W 2025 r. świadczenia psychiatryczne finansowane poza centrami — w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych psychiatrycznych, zespołach leczenia środowiskowego i oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) — pochłonęły 1 494,6 mln zł w skali kraju i 123,5 mln zł w województwie pomorskim. Nie jest to jednak w całości finansowanie równoległe: 307,3 mln zł w kraju i 11,7 mln zł w województwie pochodziło z budżetów samych centrów, ponieważ świadczenie udzielone mieszkańcowi obszaru poza centrum opłacane jest przez pomniejszenie ryczałtu (§ 21 rozporządzenia pilotażowego). Po odjęciu tej części nakłady rzeczywiście pozostające poza systemem CZP wyniosły ok. 1,19 mld zł i — w odróżnieniu od wartości brutto, rosnącej o 3,7% rocznie — praktycznie się nie zmieniają, bo przyrastają o 0,5%. Przyrost równoległego strumienia finansowania jest więc w przeważającej mierze odpływem środków z ryczałtów centrów, a nie nowymi nakładami na reformę w systemie.

I.18 Opieka psychiatryczna finansowana poza CZP

Wydatki NFZ w mln zł; część pokrywana z ryczałtów CZP (§ 21)



Adnotacja. Zestawienie obejmuje cztery kody komórek organizacyjnych — 1700 (poradnia zdrowia psychicznego), 2700 (oddział dzienny psychiatryczny), 2730 (zespół leczenia środowiskowego) i 4700 (oddział psychiatryczny całodobowy). Są to świadczenia udzielane równolegle do CZP, poza budżetem powierzonym centrom. Lata 2024–2025 określono na poziomie sprawozdań finansowych dla kodu zakresu. Dla roku 2026 wartość oszacowano, przenosząc udział tych czterech kodów z 2025 r. na plan całego rodzaju 04 na 2026 r. (7 438,7 mln zł dla Polski i 489,4 mln zł dla województwa pomorskiego, stan na 31.03.2026). Słupki z 2026 r. wyrażają zatem rząd wielkości, a nie wartość sprawozdaną.

Wynika stąd wniosek odwrotny do intuicyjnego. Dokończenie reformy nie wymaga skokowego wzrostu nakładów. Obszary wyznaczone w wykazie realizatorów pilotażu — 129

pozycji — obejmują ok. 17,1 mln osób pełnoletnich, czyli 55,6% dorosłej ludności kraju; centrum działa na 119 z nich, a ich obszary obejmują ok. 15,8 mln osób (51,5%). Na pozostałe 13,6 mln mieszkańców wydaje się ok. 87 zł rocznie na osobę.[1] Objęcie modelem centrów całej pozostałej populacji kosztowałoby przy obowiązującej stawce 165,10 zł ok. 2,25 mld zł rocznie, z czego 1,19 mld zł jest już dziś w systemie. Realny koszt domknięcia reformy to zatem ok. 1,1 mld zł rocznie. Liczba ta zależy od przyjętego zakresu świadczeń uznanych za już finansowane. Przy szerszym ujęciu konwersji świadczeń tożsamych (scenariusz B, rozdział V) koszt środków nowych spada do ok. 562 mln zł rocznie, liczonych dla populacji dotąd nieobjętej CZP — rozdział V podaje 946,8 mln zł, ponieważ odnosi ten sam koszt do całej populacji dorosłych. Realny koszt domknięcia reformy mieści się zatem w przedziale ok. 562 mln – 1,1 mld zł rocznie, zależnie od zakresu konwersji. Odpowiada to najwyżej ok. 17% kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2025 r. i ok. 0,55% kosztów wszystkich świadczeń Funduszu.

Szacunek jest ostrożny i przyjmuje pełną stawkę ryczałtu brutto, a pomija oszczędności z wygaszenia korekt § 21 oraz z ograniczenia hospitalizacji, które opieka środowiskowa ma zastępować. Zdolność finansowa do przeprowadzenia reformy już zatem istnieje: kadry, komórki organizacyjne i środki są w systemie, tyle że rozproszone między dwa równoległe strumienie i rozliczane w logice, która nie premiuje odpowiedzialności za populację.

Problemy organizacyjne i terytorialne

Na poziomie systemowym pilotaż obciążał brak ustawowego statusu wariantów organizacji CZP (np. typ B) oraz współistnienie na tym samym terenie dwóch równoległych systemów opieki: rozdrobnionego modelu płatności za usługę (FFS) i powolnej transformacji w stronę odpowiedzialności terytorialnej. W 2023 r. na obszarach pilotażu w tożsamych zakresach działało jeszcze ok. 260 podmiotów spoza sieci CZP, z kontraktami rzędu 673 mln zł (Raport analityczny pilotażu, 2024). Brak nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego groził utratą racji bytu przez centra typu B, a niespójność między założeniami strategicznymi a aktami wykonawczymi niższego rzędu prowadziła do fragmentaryzacji danych i niemożności sformułowania rozstrzygających wniosków z pilotażu. Aktualnie nadal największym zagrożeniem tego procesu pozostaje transformacja pozorna, omówiona w sekcji 1.4. Przekształcenie bez wzrostu zatrudnienia grozi też przeciążeniem kadr, które równolegle realizują zadania PZK, zespołów środowiskowych i koordynacji międzysektorowej.

Szczególnym problemem stała się odpowiedzialność terytorialna tam, gdzie była ona faktycznie rozmyta. Pierwszy wariant to centra de facto „bezterytorialne” — kontraktujące i leczące pacjentów niezależnie od miejsca zamieszkania. Udział świadczeń udzielonych osobom spoza obszaru sięgał w niektórych centrach 23,5%–37,5% wartości ryczałtu, przekraczając 20-procentowy próg z wcześniejszych wersji rozporządzenia pilotażowego,

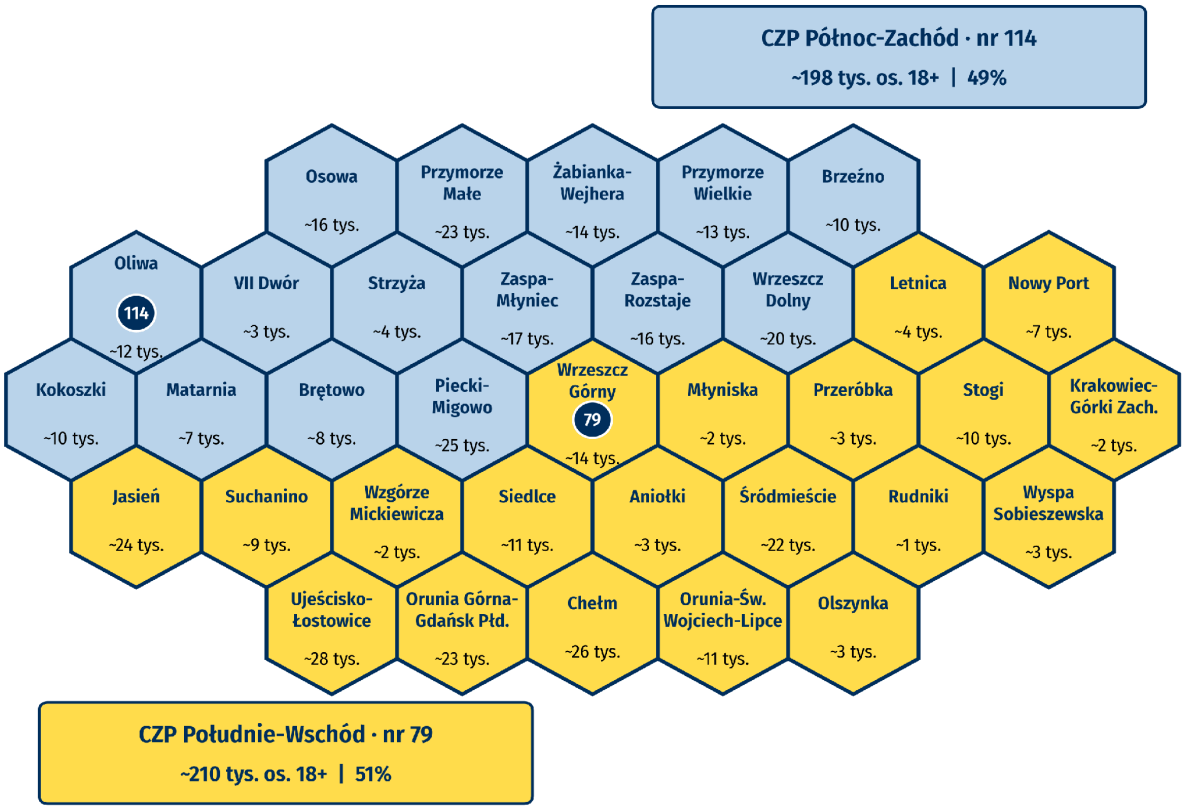
[1] Przeliczenie własne na podstawie danych GUS BDL o ludności w wieku 18 lat i więcej (31.12.2025; Polska 30 741 192). Raport analityczny AOTMiT (DMiOSZ.4100.2.2026) podaje 15,64 mln (51%) — jest to miara obszarów z czynnym centrum, zbieżna z 15,8 mln wyliczonymi tutaj, a nie miara obszarów wyznaczonych.

a centra nie dysponowały narzędziami prawnymi ani systemowymi, by ustalić, że mieszkaniec ich obszaru leczy się gdzie indziej, i zachęcić go do terapii „u siebie". Bez przypisanej i egzekwowanej odpowiedzialności za całą populację obszaru model premiuje przyjmowanie pacjentów „łatwiejszych", a „wypycha" pacjentów kosztochłonnych. Tym samym odtwarza wadę starego systemu, której terytorialny ryczałt miał zapobiegać.

Drugi wariant to nakładanie się centrów: na jednym obszarze, a nawet w jednym mieście, działa więcej niż jedno CZP. Rozporządzenie Ministra Zdrowia (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1883; konstrukcję wprowadziła nowelizacja Dz. U. z 2024 r. poz. 715) wprowadziło wprost konstrukcję „obszaru określonego ułamkiem" wraz ze wzorami liczenia ryczałtu dla terenów współdzielonych. W Gdańsku miasto podzielono na dwie części, przy czym tylko w jednym obszarze udało się uruchomić CZP. W Lublinie odpowiedzialność za miasto podzielono na trzy CZP, każde obejmujące ok. 1/3 jego obszaru (Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego, Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego oraz NZOZ VIAMED); analogicznie w Białymstoku miasto podzielono pomiędzy trzy centra (SP ZOZ w Choroszczy, REVIT sp. z o.o. oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny), a w Bydgoszczy między dwa. W największych miastach (Warszawa, Kraków, Wrocław) podział przebiega po dzielnicach i delegaturach. Tam, gdzie jeden obszar dzieli kilka podmiotów, podział budżetu populacyjnego, odpowiedzialność za konkretnych mieszkańców i płynność finansowa realizatorów stają się trudne do jednoznacznego rozstrzygnięcia — problem zasygnalizowano wprost na przykładzie Lublina (Raport końcowy Zespołu, 2026).

I.19 Gdańsk — podział na dwa obszary centrów zdrowia psychicznego

kartogram heksagonalny: 35 dzielnic; liczba w heksagonie — mieszkańcy 18+ (tys., w przybliżeniu); układ przybliżony, bez skali i granic



Adnotacja. Heksagony odpowiadają 35 dzielnicom Gdańska (układ przybliżony, bez skali i granic). Kolor: błękit — obszar północno-zachodni, żółty — południowo-wschodni. Liczba pod nazwą — mieszkańcy 18+ (tys.). Koło z numerem — siedziba podmiotu wg zał. 1 rozporządzenia o pilotażu CZP (Dz.U. 2024 poz. 875): 79 — Szpital im. Bilikiewicza, 114 — 7 Szpital Marynarki Wojennej. Populację 18+ (407 848; GUS BDL 2025) rozdzielono proporcjami z ewidencji meldunkowej (349 981 osób 18+, 20.05.2026), przeskalowanymi współczynnikiem 1,1653. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UM w Gdańsku, GUS i OpenStreetMap.

Gdańsk jest przykładem obszaru, w którym podział miasta zapisano w załączniku, lecz nie doprowadzono go do końca. Miasto rozdzielono między dwa podmioty — Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza (ul. Srebrniki) oraz 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ (ul. Polanki), któremu przypisano dodatkowo Sopot — centrum uruchomiono jednak wyłącznie w obszarze pierwszego z nich. Wykonany na potrzeby Białej Księgi podział operacyjny pokazuje, że rozdzielenie miasta na dwa spójne i porównywalne obszary jest wykonalne: 35 dzielnic rozkłada się na obszar południowo-wschodni (20 dzielnic, ok. 209,3 tys. osób pełnoletnich, 51,3%) oraz północno-zachodni (15 dzielnic, ok. 198,5 tys., 48,7%), a różnica między nimi wynosi 2,6 punktu procentowego, mieszcząc się w przyjętym progu ośmiu procent. Istotna jest przy tym podstawa naliczenia. Ewidencja meldunkowa miasta obejmuje 349 981 osób pełnoletnich, podczas gdy według Głównego Urzędu Statystycznego (BDL 2025) w Gdańsku mieszka ich 407 848 — o 57 867 więcej, czyli o 16,5%. Oparcie ryczałtu wyłącznie na meldunkach zaniżałoby budżet obu centrów o blisko sześćdziesiąt tysięcy mieszkańców, dlatego udziały dzielnic wyznaczone

z meldunków przeskalowano do poziomu wskazywanego w statystyce GUS. Meldunki pozostają kluczem podziału wewnątrz miasta, ale poziom odniesienia wyznacza statystyka publiczna.

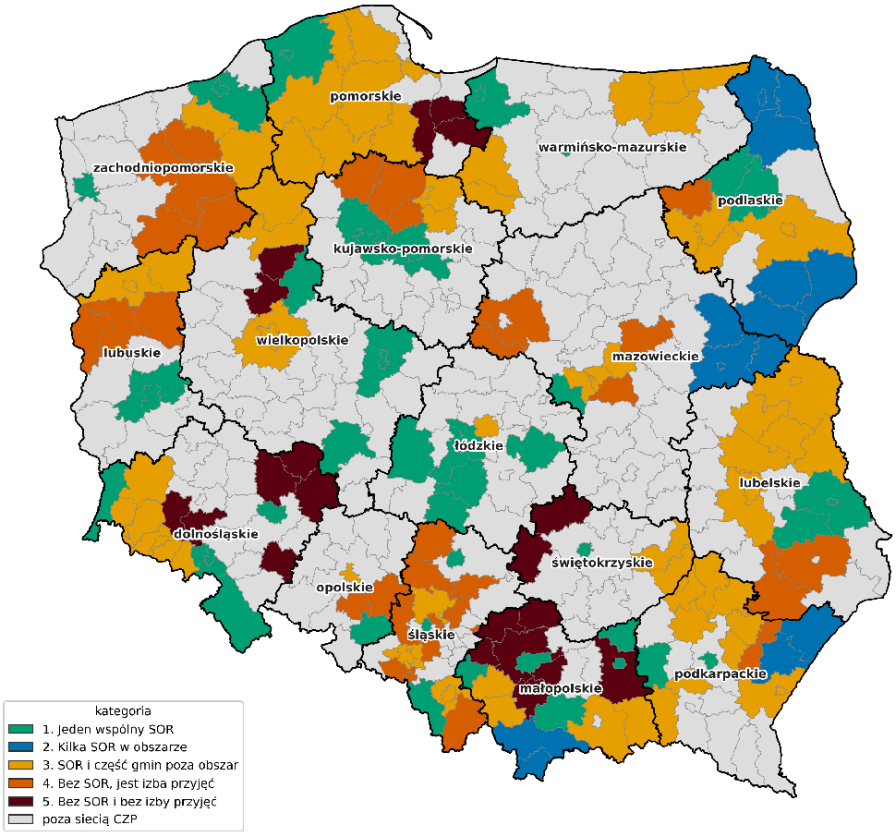
Gdańsk posłużył jako przykład, na którym sprawdzono, czy podział miasta między dwa CZP da się przeprowadzić w sposób rozstrzygalny — to znaczy taki, w którym o przynależności każdego mieszkańca rozstrzyga reguła, a nie uzgodnienie między podmiotami. Zasadą jest rozstrzygalność. Reguła musi wskazywać przypisanie każdej ulicy i każdego nowego adresu, bez konieczności uzgodnień między centrami. Pełną procedurę — osiem rozstrzygnięć, od jednostki podziału po wymaganą zmianę w ogólnych warunkach umów — przedstawia sekcja 5.6.

Odrębnym problemem jest niespójność obszarów odpowiedzialności terytorialnej CZP z rejonami operacyjnymi zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Transport pacjenta w stanie nagłym — w tym w kryzysie psychicznym — odbywa się według rejonów Państwowego Ratownictwa Medycznego (wojewódzkie plany działania systemu PRM), określanych niezależnie od map CZP. W efekcie ścieżka pomocy staje się niespójna już na etapie transportu pacjenta w kryzysie. Spośród 129 wyznaczonych obszarów odpowiedzialności terytorialnej, z których 119 ma działające centrum, tylko 72 (55%) są jednolite — cały obszar ZRM dowozi do jednego SOR — podczas gdy 57 (44%) jest rozproszonych, z transportem do co najmniej dwóch różnych SOR (Rejestry Państwowego Ratownictwa Medycznego, czerwiec 2026). Każdy taki transport „poza obszar” uruchamia następnie korekty ryczałtu i koszty świadczeń spoza obszaru opisane wcześniej w tej sekcji (1.5), a przede wszystkim przerywa ciągłość i koordynację leczenia pacjentów w macierzystym CZP.

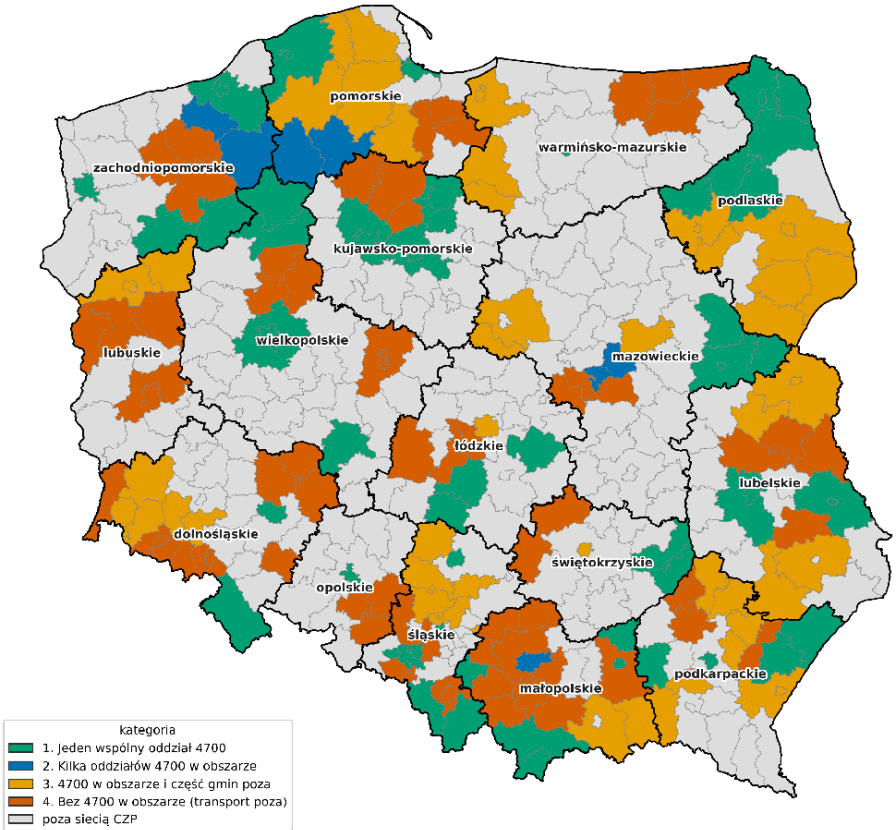
I.20 Pokrycie obszarów CZP i ZRM

Transport ZRM: docelowe SOR i oddziały psychiatryczne (4700) względem obszarów CZP

A. Transport ogólny — do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR)



B. Transport psychiatryczny — do oddziału psychiatrycznego (4700)



Opracowanie własne: RPRM/WPDS, RPWDL×NFZ (4700), CZP master v2, TERYT GUS (stan 13.06.2026).

Adnotacja. Kierunek transportu zespołów ratownictwa medycznego z obszarów centrów zdrowia psychicznego: A — do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR); B — do oddziału psychiatrycznego (4700). Źródło: opracowanie własne na podstawie wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Rejestru Państwowego Ratownictwa Medycznego (SOR), Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i Rejestru Umów Narodowego Funduszu Zdrowia (oddziały 4700) oraz katalogu TERYT GUS. Stan: czerwiec 2026.

Każdy panel przedstawiony na mapach powyżej pokazuje, dokąd zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) kierują transport z obszarów centrów zdrowia psychicznego (CZP): panel A — do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), panel B — do najbliższego oddziału psychiatrycznego (kod resortowy 4700). Kolor powiatu oznacza dostęp obszaru CZP do placówki docelowej: zielony — placówka znajduje się w obszarze; pomarańczowy oznacza brak placówki w obszarze, a więc transport zawsze go opuszcza (SOR: 33 z 129 obszarów; oddział 4700: 39 z 129). Czarne kwadraty to lokalizacje placówek docelowych, a czerwone strzałki — kierunek transportu z obszaru bez placówki do najbliższej realizującej świadczenia w opisywanym zakresie. Porównanie paneli pokazuje, że tzw. pacjenci psychiatryczni częściej niż somatyczni są wywożeni poza obszar macierzystego CZP. Ujęcie jest modelem przybliżonym (najbliższą placówkę wyznaczono po centroidach w granicach województwa; w praktyce transport bywa kierowany najpierw przez SOR).

Podstawą rozwiązania zidentyfikowanego problemu powinny być aktualizowane mapy odpowiedzialności terytorialnej z delegacją ustawową dla Ministra Zdrowia do ich zatwierdzania i opracowywania w regionach. Obszary odpowiedzialności powinny być tożsame z obszarami kontraktowania przez NFZ, co eliminuje centra bez przypisanego terytorium. Dla obszarów, na których działa więcej niż jedno centrum (np. Gdańsk, Lublin, Białystok), Zespół rekomenduje podział według kodów terytorialnych ulic, z korektą na rzeczywistą i równomierną populację, oraz umożliwienie oddziałom wojewódzkim NFZ negocjowania z wybranymi podmiotami i dołączania nowo powstałych ulic do obszaru. Rozwiązanie należałoby wdrożyć

już od 1 stycznia 2027 r. — właśnie ze względu na zagrożoną płynność finansową realizatorów tam, gdzie centra się nakładają. Równolegle ustawowe usankcjonowanie CZP typu A (jeden podmiot, jedna umowa) i typu B (świadczenia ambulatoryjne oraz całodobowe realizowane przez dwa podmioty na podstawie umowy podwykonawstwa, konsorcjum lub na podstawie dwóch odrębnych umów) porządkuje strukturę organizacyjną i zabezpiecza ciągłość opieki. Obszary odpowiedzialności terytorialnej CZP powinny być spójne z rejonami operacyjnymi zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Oba systemy funkcjonują w obrębie wojewódzkiego planowania odpowiedzialności terytorialnej, w które zaangażowani są wojewoda, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ i konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii. Dlatego zasady wyznaczania obszarów CZP i rejonów operacyjnych ZRM powinny być uzgadniane w toku skoordynowanego procesu. Pozwoli to ograniczyć sytuacje, w których pacjent w kryzysie jest transportowany poza obszar właściwego CZP, a następnie przekazywany pomiędzy różnymi podmiotami. Uzupełnieniem powinna być rekomendacja ograniczenia transportu ZRM pacjentów spoza obszaru bezpośrednio do

oddziałów CZP oraz zapewnienie dostępu do całodobowej opieki psychiatrycznej (model typu B). Celem powinien być jeden, spójny obszar odpowiedzialności za pacjenta — od momentu wezwania ZRM czy interwencji kryzysowej po dalsze leczenie w odpowiednim CZP.

Problemy wskaźników, jakości i sprawozdawczości

Pilotaż nie wypracował narzędzi pomiaru tego, co jest istotą modelu środowiskowego. Katalog produktów statystycznych w zarządzeniach Prezesa NFZ nie obejmował kluczowych usług nowego modelu — pracy asystentów zdrowienia, terapeutów środowiskowych i pracowników socjalnych, konsyliów, sesji koordynacji międzysektorowej, działalności klubu pacjenta oraz wsparcia edukacyjno-konsultacyjnego dla rodzin (tzw. trzeciej strony leczenia). W konsekwencji prezentowane wyniki nie mogły być traktowane jako ocena ustawowych zadań CZP — jak stwierdzało samo Biuro ds. pilotażu NPOZP, „nie ma danych do jego kompleksowej oceny" (Raport analityczny pilotażu, 2024). Brakowało mierników jakości i efektów zdrowotnych, a dane z instytucji zewnętrznych (ZUS, Komenda Główna Policji, MRPiPS) napływały w formacie uniemożliwiającym przypisanie terytorialne.

Luka pomiarowa ma dwie konsekwencje. Po pierwsze, brak realnych mierników jakości i rezultatów zdrowotnych tworzy przestrzeń do nadużyć i selekcji pacjentów. Wniosek ten został potwierdzony niezależnie przez śledztwo „Rzeczpospolitej" (2025), przez raport Zespołu (2026) oraz w opiniach eksperckich wskazujących ryzyko „optymalizowania pod wskaźnik" zamiast pod potrzeby pacjenta (Rowiński i Depukat, 2026a). Po drugie, w 2026 r. narósł spór odwrotny: rozbudowa systemu produktów sprawozdawczych (zarządzenie Prezesa NFZ z 17 marca 2026 r.) zaczęła ograniczać czas pracy klinicznej w sposób nieuzasadniony celami analitycznymi, co spotkało się ze sprzeciwem Rady ds. Zdrowia Psychicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wyzwaniem jest zatem nie więcej sprawozdawczości, lecz sprawozdawczość trafna.

Budżet populacyjny ma zostać uzupełniony o składową jakościową i składową funkcyjną. Składowa jakościowa wiąże część płatności z miernikami takimi jak czas do pierwszej interwencji po zgłoszeniu do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego, odsetek dorosłych z obszaru objętych opieką, odsetek pacjentów w opiece czynnej bez hospitalizacji, rehospitalizacje w określonych okresach czasowych. Składowa funkcyjna różnicuje finansowanie według trzech grup pacjentów (zaburzenia niepsychotyczne, psychotyczne i o podłożu organicznym), dodatkowo powinna różnicować ich we wskazanych grupach zgodnie ze stopniem ciężkości przebiegu zaburzenia. Równolegle konieczne jest wprowadzenie produktów sprawozdawczych dla świadczeń środowiskowych, budowa systemu monitorowania kosztów i efektów zdrowotnych na poziomie pacjenta i populacji (integracja danych NFZ, ZUS, oświaty i pomocy społecznej w europejskiej przestrzeni danych zdrowotnych (EHDS)) oraz umocowanie ośrodka monitorującego transformację. Obowiązuje przy tym zasada: monitorować i wspierać, a nie karać finansowo za nieosiągnięcie wskaźnika.

Trzy powyższe grupy problemów spina jeden wniosek, który prowadzi do dalszych części Białej Księgi. Polski system przede wszystkim nie cierpi z powodu braku zasobów w sensie absolutnym, lecz z powodu ich nieadekwatnego rozmieszczenia i braku uzgodnionych reguł — finansowych, terytorialnych i jakościowych — które czyniłyby odpowiedzialność CZP za zdrowie populacji obszaru mierzalną i egzekwowalną. Te reguły, wraz z konkretnymi propozycjami legislacyjnymi, przedstawiamy w kolejnych rozdziałach.

Rozdział II. Tematyka zdrowotna i wymiar medyczny reformy

Transformacja systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest odpowiedzią na rosnące potrzeby zdrowotne populacji, wzrost obciążenia społeczno-ekonomicznego zaburzeniami psychicznymi oraz ograniczoną efektywność tradycyjnego, silnie instytucjonalnego modelu opieki psychiatrycznej. Doświadczenia płynące z pilotażu CZP potwierdzają prawidłowość, że reorganizacja świadczeń w kierunku modelu środowiskowego może poprawiać dostępność, koordynację i efektywność leczenia. Wymaga to równoczesnego wdrożenia mechanizmów zarządczych, organizacyjnych i finansowych wspierających osiągnięcie powyższego celu. Warunkiem ich wdrożenia jest z kolei kompetentne wykorzystanie narzędzi zarządzania danymi oraz systemowego podejścia do monitorowania efektów zdrowotnych.

Współczesne reformy systemu ochrony zdrowia coraz silniej opierają się na zasadzie racjonalnego wykorzystania zasobów i oceny efektywności kosztowej świadczeń. Jak podkreślają autorzy raportu WHO-CHOICE (Stenberg i in., 2018), skuteczna polityka zdrowotna wymaga dostępu do wiarygodnych danych dotyczących kosztów świadczeń zdrowotnych. Umożliwiają one ocenę efektywności systemu, planowanie finansowania, analizę opłacalności interwencji oraz ocenę trwałości finansowej reform zdrowotnych. W kontekście reformy psychiatrii oznacza to konieczność równoczesnego monitorowania jakości leczenia, kosztów hospitalizacji, skuteczności opieki środowiskowej oraz efektywności wykorzystania zasobów kadrowych i infrastrukturalnych.

Dodatkowym kierunkiem współczesnych reform finansowych w psychiatrii jest płatność kapitacyjna — finansowanie świadczeniodawcy ryczałtową stawką na populację objętą opieką, z odpowiedzialnością za całościowy efekt zdrowotny zamiast rozliczania pojedynczych procedur. Mechanizmy finansowania omawia szczegółowo rozdział V. Z perspektywy medycznej istotne jest, że obok ograniczania hospitalizacji (zarówno ich długości jak i ilości, w tym rehospitalizacji). CZP zapewnia także ciągłość udzielanych świadczeń, koordynację wewnątrz zespołu terapeutycznego i w zakresie współpracy z szeroko rozumianym systemem pomocowym oraz nadzór i wsparcie w procesie leczenia (np. realizacja i okresowa aktualizacja planu leczenia).

2.1. Skala i struktura potrzeb zdrowotnych

Reforma odpowiada na potrzeby o mierzalnej skali. Zaburzenia psychiczne należą do głównych przyczyn obciążenia zdrowotnego. Według badania Global Burden of Disease (2019) żyje z nimi mniej więcej co ósma osoba na świecie, a szacunki dla Unii Europejskiej mówią o jednej na sześć do jednej na pięć osób. W Polsce badanie EZOP II wykazało jakiekolwiek zaburzenie psychiczne u 26% dorosłych w ciągu życia i u blisko 8% w skali roku

— to ok. 2,5 mln osób. U dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat jakiekolwiek zaburzenie dotyczy ok. 13%.

Liczby krajowe należy traktować jako ostrożny dolny pułap. EZOP II daje rozpowszechnienie wyraźnie niższe niż badania międzynarodowe — dla depresji 3,85% w ciągu życia wobec ok. 15% w przeglądach światowych — Polska należała w Unii Europejskiej do krajów o najniższych oszacowaniach. Dane pochodzą sprzed pandemii COVID-19 i przed napływem uchodźców wojennych, więc rzeczywista skala potrzeb jest dziś najprawdopodobniej większa. Planując reformę, trzeba zakładać potrzeby przewyższające te dziś rejestrowane.

Tabela 2. Rozpowszechnienie wybranych grup zaburzeń psychicznych

Odsetek populacji i współczynnik na 100 000 mieszkańców

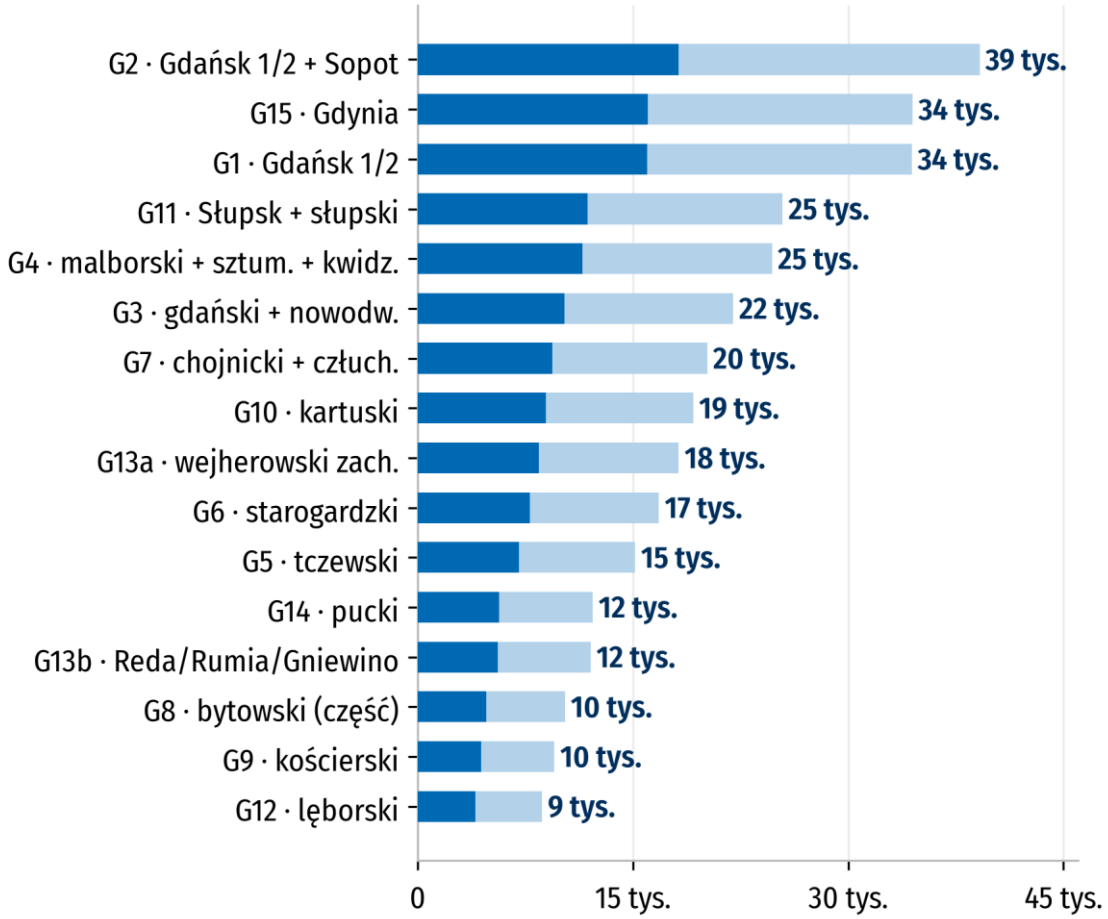
Grupa zaburzeń	Miara	Świat / UE	Polska (EZOP II)
Jakiekolwiek zaburzenie	rocznie	UE ~17% (17 000)	7,9% (7 930)
Depresja	w ciągu życia	~15% (15 000)	3,85% (3 850)
Zaburzenia lękowe (łącznie)	rocznie	UE 5,4% (5 400)	~5% (5 000)
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	w ciągu życia	~1–3% (1 000–3 000)	0,8% (810)
Schizofrenia i inne psychozy	punktowa	~0,5% (460–720)	objawy bliskie psychotycznym: 0,4–0,9% (przesiew)
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	w ciągu życia	~1,3–2,3% (1 300–2 300)	0,4% (440)
Zespół stresu pourazowego (PTSD)	w ciągu życia	~4–8% (4 000–8 000)	2,2% (2 240)
Zaburzenia odżywiania	w ciągu życia	~1–2% (1 000–2 000)	—
Otępienia	punktowa	UE ~6% wśród osób 65+	~10% wśród osób 65+
Zaburzenia używania alkoholu	w ciągu życia	—	7,3% (7 300)

Adnotacja. Źródła: GBD 2019; OECD; EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021); Kessler i Bromet (2013). Kolumny „Świat / UE" i „Polska" często dotyczą różnych miar — porównuj w obrębie tej samej miary. Poziomy danych i ich ograniczenia zestawia tabela 2. Kolumna „Polska" pochodzi z jednego źródła (EZOP II); EZOP I to ta sama instytucja i metodologia, a nie niezależna triangulacja. Wiersz otępień odnosi się do populacji 65+, więc nie jest wprost porównywalny z wartościami dla całej populacji.

Wiedza o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych jest zbierana i opisywana na kilku poziomach, przy zastosowaniu różnych metod, których interpretacja a w szczególności porównywanie powinno być poprzedzone wnikliwą analizą i oceną ryzyk pojawienia się błędów. Na poziomie globalnym, według Global Burden of Disease 2019 i WHO, z zaburzeniem psychicznym żyje około jedna na osiem osób. Rocznie notuje się około 444 mln nowych przypadków oraz około 155 mln lat życia skorygowanych niesprawnością (DALY). Są to jednak dane modelowane metodą DisMod-MR, która uśrednia (wygładza) wahania krótkoterminowe — uzupełniają one, lecz nie zastępują krajowych badań populacyjnych. Na poziomie europejskim OECD i Unia Europejska szacowały rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych na poziomie 17,3% populacji UE w 2016 r., tj. około 84 mln osób. Nowsze oszacowania mówią nawet o ponad 20%. Najczęstszymi problemami, z którymi mierzą się mieszkańcy UE to zaburzenia lękowe (około 40% przypadków) i depresyjne (około 20%). Wyższe wartości z wynikają z szerszej definicji obejmującej objawy łagodne, a nie wyłącznie nagłe pogorszenie stanu zdrowia.

II.2 Potrzeby zdrowotne per obszar CZP

Szacowana liczba dorosłych z potrzebą wsparcia — pomorskie



Adnotacja. Przeliczono rozpowszechnienie (Tabela 2) na populację dorosłych każdego obszaru CZP w województwie pomorskim zgodnie z mapami odpowiedzialności terytorialnej. Punkt dolny — pułap mierzony EZOP II (7,9%); górny — oczekiwana potrzeba wg danych światowych/UE (17%). Wartości między grupami zaburzeń nie sumują się (różne miary, współchorobowość). Źródło: opracowanie własne na podstawie GBD 2019, WHO, OECD, EZOP II i GUS.

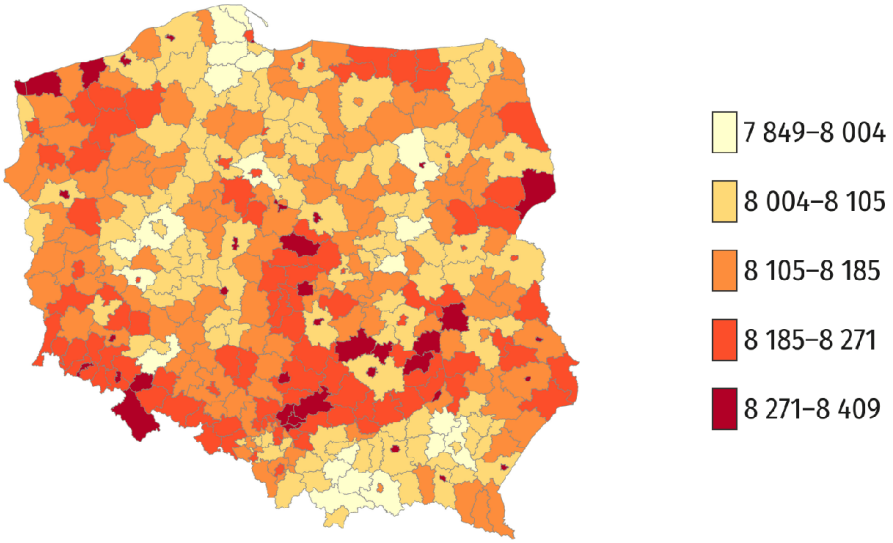
Dla Polski podstawowym źródłem pozostaje badanie EZOP II. Jego wyniki — jak zaznaczono na początku sekcji — należy traktować jako dolną granicę rzeczywistej skali potrzeb.

Oszacowania poziomu rozpowszechnienia tego samego zaburzenia potrafią różnić się w badaniach epidemiologicznych nawet kilkukrotnie. Źródłem rozbieżności są przyjęte kryteria (ICD lub DSM), zastosowane narzędzie, dobór próby i próg nasilenia. Znaczenie może też mieć zróżnicowana praktyka co indywidualnego uznawania progów objawów przez osoby wykonujące zawody medyczne prowadzących do postawienia (lub odstąpienia) diagnozy. Lepsza poprawność metodologiczna badania bywa przy tym związana z niższym oszacowaniem. Dlatego przeniesienie tych danych na poziom powiatu nie może polegać na

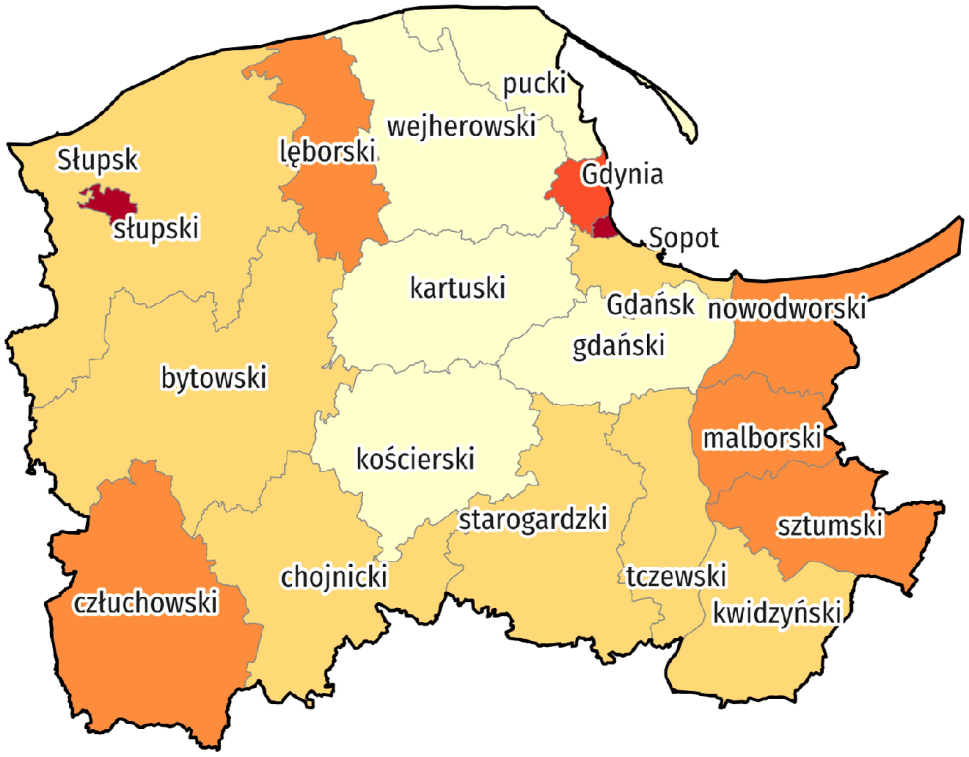
przemnożeniu płaskiego odsetka krajowego przez liczbę mieszkańców. Oczekiwaną liczbę chorych wyznacza się nakładając odsetki swoiste dla wieku i płci na strukturę demograficzną powiatu (GUS BDL), ponieważ wiek jest najsilniejszym modyfikatorem rozpowszechnienia — dla otępień sięga ono 0,8% w grupie 65–69 lat wobec 28,5% wśród osób powyżej 90. roku życia.

II.3 Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego

Polska (380 powiatów)



Województwo pomorskie (20 powiatów)



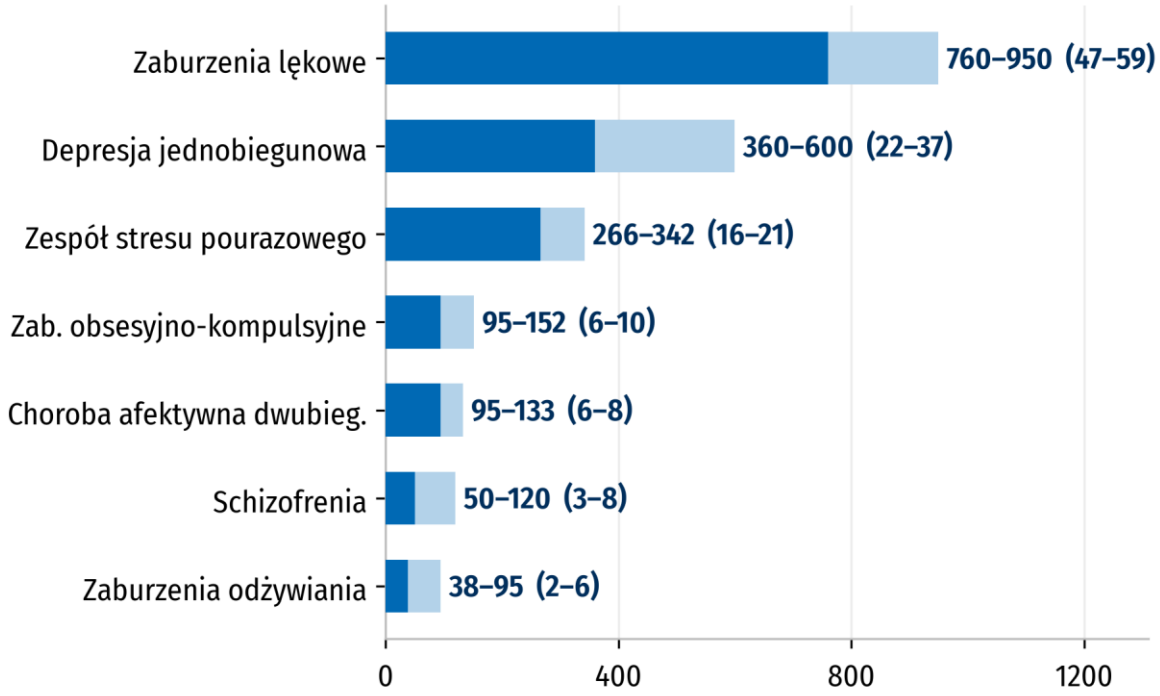
Adnotacja. Mapa pokazuje oczekiwaną liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi na 100 tys. dorosłych mieszkańców, standaryzowaną wiekiem. Odsetki roczne swoiste dla wieku nałożono na strukturę demograficzną powiatów (GUS BDL, 31.12.2025); krzywą wieku interpolowano między kotwicami EZOP II (19% w grupie 18–29 lat, 34% w grupie 65+) i przeliczono na miarę roczną relacją 7,9%/26%. Suma dla Polski: 2 431 517 osób (7,9% dorosłych). Panel pomorski ma te same klasy i progi co mapa kraju; klasyfikacja Jenksa (5 klas). Źródło: opracowanie własne — EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021) × struktura wieku GUS BDL (31.12.2025); granice: PRG GUGiK.

Część pacjentów nie reaguje w sposób standardowy na leczenie. Tzw. populacja lekooporna w poszczególnych rozpoznaniach może wynosić setki tysięcy osób. Z wstępnych oszacowań

wynika, że nawet milion pacjentów wymaga interwencji wykraczających poza możliwości pierwszego poziomu opieki w psychiatrii dorosłych.

II.4 Lekooporność — szacunkowa liczba pacjentów

Polska, tys. osób; w nawiasie województwo pomorskie



Adnotacja. Szacunek dla woj. pomorskiego proporcjonalny do udziału województwa w populacji dorosłych Polski (6,2%; GUS, 2025). Przedziały odzwierciedlają niepewność szacunków odsetka lekooporności. Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportu końcowego Zespołu ds. zmian systemowych (2025) i GUS.

Populacja leczona w centrach zdrowia psychicznego nie jest jednorodna. Pacjenci niepsychotyczni bez powikłań to większość — ok. 64–74% w zależności od województwa — lecz pacjent psychotyczny korzysta z ponad dwukrotnie większej liczby świadczeń. Oznacza to, że budżet populacyjny bez korekty ryzyka premiuje leczenie pacjentów o lżejszym profilu zaburzeń. Zmiana struktury przypadków w czasie — wzrost udziału pacjentów lekkich kosztem psychotycznych i lekoopornych — byłaby mierzalnym sygnałem selekcji pacjentów.

Rzetelna diagnoza musi wskazać też granice wiedzy. System sprawozdaje świadczenia, lecz nie mierzy systematycznie efektu zdrowotnego ani doświadczenia pacjenta czy personelu. Brakuje danych o kosztach rzeczywistych oraz korekty o ryzyko, bez której porównania między centrami są zawodne. Rejestracja zaburzeń u dzieci i młodzieży oraz znacznej części problemów alkoholowych pozostaje niepełna. Każdy wskaźnik jakości trzeba projektować ze świadomością tych luk.

Zasady odpowiedzi na potrzeby zdrowotne — rekomendacje światowe

Przed opisem konkretnej ścieżki pacjenta należy ustalić zasady, którymi kierują się międzynarodowe rekomendacje przy ocenie systemów ochrony zdrowia psychicznego. Współczesne podejście do jakości w ochronie zdrowia, zgodnie z rekomendacjami WHO, zakłada ocenę bezpieczeństwa, skuteczności, dostępności, wydajności oraz koncentracji opieki na pacjencie. Długość hospitalizacji, stopień wykorzystania łóżek i organizacja pracy personelu bezpośrednio kształtują koszty jednostkowe leczenia. Dlatego odpowiednie zarządzanie przepływem pacjentów i rozwój opieki środowiskowej mogą równocześnie poprawiać jakość leczenia i efektywność ekonomiczną systemu. Zasady te znajdują praktyczne przełożenie w opisanej dalej opiece stopniowanej.

Opieka stopniowana zakłada, że kolejne poziomy organizacji systemu odpowiadają narastającemu nasileniu i złożoności potrzeb pacjenta — związanych m.in. z ciężkością zaburzenia, oszacowanym ryzykiem, poziomem funkcjonowania oraz koniecznym zakresem i intensywnością interwencji. Każdy poziom wymaga przy tym odpowiednio zdefiniowanego zestawu kompetencji zespołu udzielającego świadczenia. Pierwszym i często niewykorzystywanym ogniwem tej ścieżki powinna być współpraca z podstawową opieką zdrowotną (POZ), która może odgrywać istotną rolę w rozpoznawaniu problemu.

Opieka stopniowana porządkuje system według jednej zasady: pacjent otrzymuje najmniej intensywną formę pomocy, która w jego sytuacji jest najbardziej skuteczna, a intensywność rośnie dopiero wtedy, gdy niższy poziom okazuje się niewystarczający. Równie istotny jest kierunek odwrotny — wycofywanie opieki intensywnej, gdy stan pacjenta na to pozwala. Światowa Organizacja Zdrowia ujmuje tę logikę w wytycznych mhGAP. Propozycja ta określa ścieżkę od wejścia do systemu po decyzje wynikające z jej przeglądu. Obejmuje osiem etapów, a większość z nich może prowadzić personel bez wysoko wykwalifikowanego personelu. Dla polskiego systemu wniosek jest praktyczny — znaczną część potrzeb można zaspokoić poniżej poziomu aktualnie angażowanego personelu o wysokich kwalifikacjach i specjalizacji, pod warunkiem wskazania podmiotu lub osoby z uprawnieniem i odpowiedzialnością za przejścia między poziomami.

Centrum zdrowia psychicznego jest w tym układzie poziomem koordynującym, a nie całym systemem. Z jednej strony jest wspierana przez różne formy samopomocy, w tym wsparcie rówieśnicze, pracodawców, organizacji pozarządowych a w części przypadków na podstawowej opiece zdrowotnej. W tym zakresie są także zadania w zakresie profilaktyki i prewencji zdrowia psychicznego. Z drugiej strony, adresowanej dla mniejszej liczby pacjentów z większymi i bardziej złożonymi problemami pomocą służyć ma opieka wysokospecjalistyczna, w tym również całodobowa. Proponowana architektura opieki psychiatrycznej dla dorosłych opiera się na trzech poziomach referencyjnych (Tabela 3). Poziom I to podstawowa opieka psychiatryczna realizowana przez centra zdrowia psychicznego — od punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego, gdzie dokonywany jest triaż, po opiekę ambulatoryjną, dzienną i środowiskową oraz stacjonarną w CZP. Na tym poziomie zaspokajana jest większość potrzeb zdrowotnych populacji. Poziom II obejmuje planową opiekę wysokospecjalistyczną: sprofilowane oddziały i poradnie z wystandaryzowanymi

programami terapeutycznymi dla pacjentów lekoopornych oraz ze złożonymi, współwystępującymi rozpoznaniami. Poziom III to procedury wysokospecjalistyczne realizowane np. w klinicznych oddziałach uniwersyteckich. Rozdzielenie poziomów ma znaczenie praktyczne, ponieważ centrum obciążone jednocześnie rolą punktu pierwszego kontaktu i ośrodka leczenia najcięższych przypadków wytworzy kolejkę do obu tych funkcji.

Tabela 3. Trzy poziomy referencyjne opieki psychiatrycznej

zakres świadczeń, adresaci i status wdrożenia

Poziom	Zakres świadczeń	Dla kogo	Status
I — podstawowa opieka psychiatryczna	CZP: punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, triaż, opieka ambulatoryjna, dzienna, środowiskowa i stacjonarna	większość pacjentów	wdrażany od 2026 r.
II — opieka wysoko-specjalistyczna (planowa)	sprofilowane oddziały i poradnie, wystandaryzowane programy terapeutyczne	pacjenci lekooporni, ze złożonymi i współwystępującymi rozpoznaniami	wymaga wyceny AOTMiT
III — procedury wysoko-specjalistyczne	kliniczne oddziały uniwersyteckie; m.in. terapie lekoopornej depresji, kompleksowa diagnostyka	pacjenci wymagający najwyższej referencyjności	—

Adnotacja. Kolumna „Status” opisuje stan na dzień przygotowania Białej Księgi: myślnik przy III poziomie oznacza, że procedury nie mają ani wyceny, ani określonych warunków realizacji w koszyku świadczeń gwarantowanych. Poziomy są rozłączne kompetencyjnie, a nie hierarchią jakości — pacjent może korzystać z II lub III poziomu, pozostając pod opieką CZP. Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu Zespołu ds. zmian systemowych w opiece psychiatrycznej (2025).

Dalsza część podrozdziału opisuje kolejno ścieżkę mhGAP w warunkach punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego, zakres poszczególnych poziomów opieki stopniowanej oraz interwencje niskoprogowe, które w polskich warunkach pozostają najsłabiej wykorzystane.

II.5 Uniwersalna ścieżka opieki mhGAP w PZK i POZ



Adnotacja. Uniwersalna ścieżka opieki mhGAP — 8 etapów od wejścia do systemu po decyzję po przeglądzie, zgodnie z syntezą WHO mhGAP-IG 2.0 (2016), Community Mental Health Services (2021) i mhGAP Guideline, wyd. 3 (2023; nadrzędna przy rozbieżnościach z 2016 r.) oraz WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2023). Wersja 2 ryciny (23.07.2026) zastępuje wcześniejszy uproszczony schemat 6-krokowy. Źródło: opracowanie własne na podstawie ww. dokumentów WHO.

Jak wdrożyć opiekę stopniowaną w CZP

W praktyce oznacza to, że 8-etapowa ścieżka WHO staje się szkieletem pracy PZK. Etapy 1–2 (wejście do systemu, ocena bezpieczeństwa) realizuje pracownik PZK przy pierwszym kontakcie, który w razie potrzeby może pełnić funkcję koordynatora opieki. Etapy 3–5 (pełna ocena, sformułowanie problemu, wspólny plan) realizuje zespół terapeutyczny CZP w ciągu kilku pierwszych wizyt, a etapy 6–8 (interwencja, przegląd, decyzja) rozkładają się na cały cykl opieki.

Najprostszym punktem startu jest formularz wstępnej oceny PZK zbudowany wprost na etapach 1–4 w taki sposób, aby pytania przesiewowe (etap 1–2) i zakres oceny bio-psycho-społecznej (etap 3) miały tę samą strukturę u każdego pracownika PZK/ koordynatora, niezależnie od obszaru. Etap 5 (wspólny plan) wymaga jedynie, by plan opieki tworzony dziś w CZP jawnie zawierał zgodę pacjenta, plan bezpieczeństwa i wskazaną osobę odpowiedzialną za koordynację. To są główne elementy, które w części dokumentacji CZP mogą się obecnie gubić.

Etapy 7–8 (zaplanowany przegląd i decyzja po przeglądzie) można wdrożyć bez dodatkowych zasobów, jako obowiązkowe pole w istniejącej dokumentacji: data następnej oceny i jedna z pięciu decyzji (kontynuacja, modyfikacja, zwiększenie intensywności opieki, zmniejszenie intensywności opieki, zakończenie). To niewielka zmiana organizacyjna, a pozwala mierzyć, czy CZP faktycznie stosuje zasadę opieki stopniowanej, czy tylko się do niej odwołuje.

II.6 Ścieżka pacjenta w centrum zdrowia psychicznego

1 PZK — pierwszy kontakt i rejestracja
przyjęcie zgłoszenia, zapewnienie bezpieczeństwa, wstępne określenie potrzeb

2 Triaż bio-psycho-społeczny
objawy i leczenie · nastrój, myślenie, motywacja · rodzina, praca, sieć wsparcia

3 Ocena ryzyka i pilności
kategorie: nagły (niezwłocznie, poza PZK) · pilny (≤72 h) · planowy (termin uzgodniony)

przypadek nagły → SOR / izba przyjęć / oddział (poza PZK)

4 Decyzja kliniczna i organizacyjna
wybór poziomu opieki i form wsparcia

5 Plan terapii i zdrowienia (PTiZ)
cele, działania, odpowiedzialni, terminy oceny — wspólnie z pacjentem

6 Koordynacja opieki
koordynator: ciągłość procesu, kontakt z pacjentem i rodziną, współpraca instytucji

7 Opieka stopniowana — realizacja wsparcia
od wsparcia niskoprogowego po opiekę całodobową; eskalacja i deeskalacja

8 Monitorowanie i przeglądy
objawy, ryzyko, realizacja celów PTiZ, jakość życia, satysfakcja

9 Zakończenie lub przekazanie opieki
plan zapobiegania nawrotom; otwarta możliwość powrotu do PZK

Adnotacja. PZK — punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny; PTiZ — plan terapii i zdrowienia. W przypadkach nagłych pomoc udzielana jest niezwłocznie w oddziale całodobowym, izbie przyjęć lub SOR, z pominięciem PZK. Źródło: opracowanie własne na podstawie schematów procesu CZP (2026).

Jak wskazano powyżej, centrum zdrowia psychicznego jest pierwszym poziomem referencyjnym, a nie całym systemem. Dane o lekooporności i o zróżnicowaniu ciężkości pacjentów pokazują, że część chorych wymaga interwencji wykraczających poza centrum. Zasadę tę realizuje opisana wyżej opieka stopniowana.

Model rekomendowany przez Zespół ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego zakłada trzy poziomy referencyjne. Poziom I to podstawowa opieka psychiatryczna oparta na centrach zdrowia psychicznego. Poziom II to opieka wysokospecjalistyczna i planowa — sprofilowane oddziały i poradnie dla pacjentów lekoopornych, ze złożonymi lub współwystępującymi rozpoznaniami. Poziom III to procedury wysokospecjalistyczne realizowane w klinicznych oddziałach uniwersyteckich. Są to poziomy funkcjonalne, a nie strukturalne — jeden podmiot leczniczy może realizować świadczenia różnych poziomów.

Pojęcia poziomów wymagają rozróżnienia, bo w reformie funkcjonują trzy odrębne porządki. Opieka stopniowana opisuje intensywność wsparcia — od samopomocy, przez POZ i CZP, po opiekę wysokospecjalistyczną. Standard organizacyjny opieki w CZP wyróżnia ponadto pięć poziomów opieki wewnątrz samego centrum — od wsparcia niskoprogowego po opiekę całodobową — między którymi pacjent przechodzi bez przerywania ciągłości leczenia i planu terapii i zdrowienia. Poziomy referencyjne I–III opisują natomiast specjalizację systemu: CZP jest pierwszym poziomem referencyjnym i zarazem powinien być koordynatorem całej ścieżki pacjenta na swoim obszarze.

II.7 Opieka stopniowana (Stepped Care 2.0)

Od samopomocy do szpitala — propozycja dla Polski



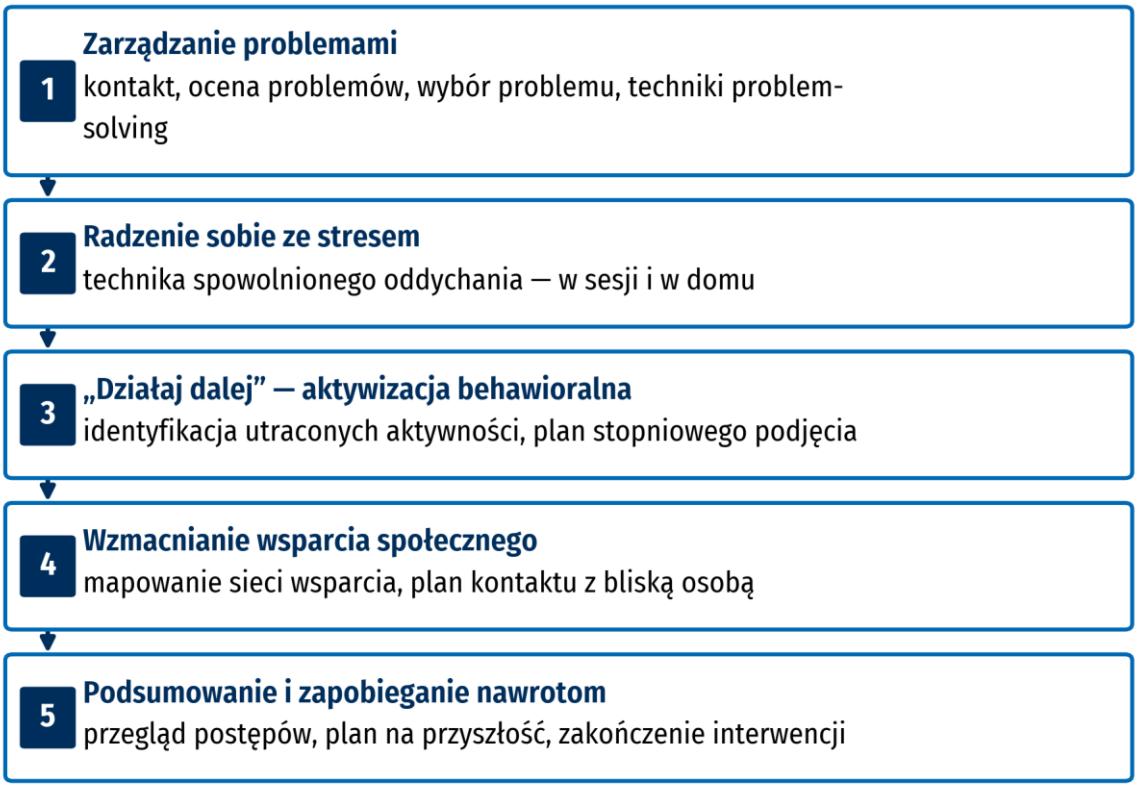
Adnotacja. Poziomy opieki stopniowanej od samopomocy po opiekę całodobową; CZP jako poziom koordynujący ścieżkę pacjenta. Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu opieki stopniowanej oraz Raportu końcowego Zespołu ds. zmian systemowych (2025).

Na poziomie niskoprogowym plasuje się samopomoc, wsparcie rówieśnicze, pierwszy kontakt w POZ. Sprawdzonym przykładem niskointensywnej interwencji pierwszej linii leczenia jest Problem Management Plus (PM+). Jest to krótki program WHO dla dorosłych z problemami psychospołecznymi prowadzony przez przeszkolony personel niekoniecznie specjalistyczny, bez konieczności wykształcenia klinicznego. Program obejmuje pięć sesji zbudowanych wokół czterech strategii: zarządzania problemami, radzenia sobie ze stresem, aktywizacji behawioralnej („działaj dalej") oraz wzmacniania wsparcia społecznego. WHO rekomenduje dwa warianty realizacji — indywidualny (twarzą w twarz, sesje tygodniowe) i grupowy (sesje dłuższe) możliwe do wdrożenia przy współpracy z organizacjami

pacjenckimi i asystentami zdrowienia, bez obciążania zasobów wysoko wykwalifikowanej kadry specjalistów w CZP. Zwykle tworzy się grupy liczące do dwunastu uczestników o podobnym profilu obciążeń (jeden facylitator prowadzi najwyżej sześcioro uczestników).

II.8 PM+ (Problem Management Plus) — indywidualnie

Pięć sesji interwencji niskointensywnej WHO

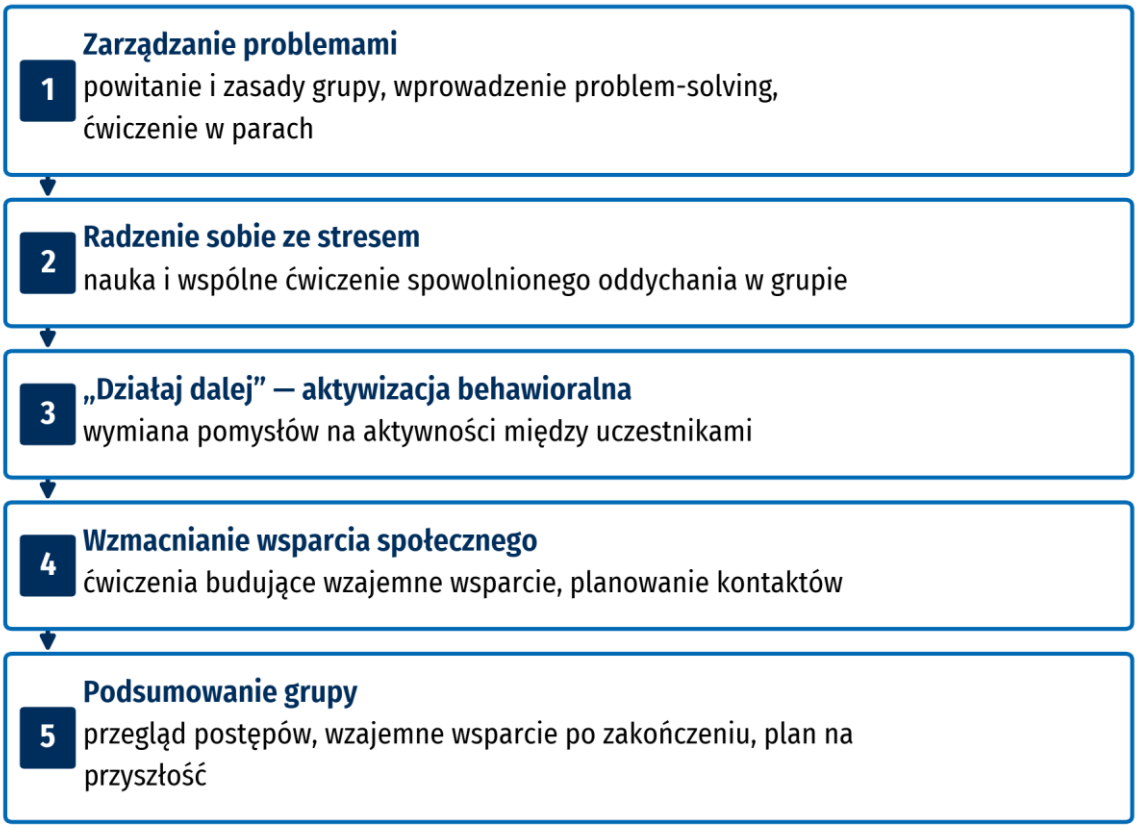


Adnotacja. PM+ (Problem Management Plus) — wariant indywidualny. Pięć sesji ok. 60–90 minut, realizowanych twarzą w twarz w odstępach tygodniowych przez przeszkolony personel niespecjalistyczny. Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO, Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (2016).

Wariant grupowy PM+ opiera się na tych samych czterech strategiach, ale zmienia format. Pięć cotygodniowych spotkań po około dwie godziny prowadzi dwóch facylitatorów dla sześciu–dwunastu uczestników (maksymalnie sześciu na facylitatora) o podobnym profilu obciążeń. Format grupowy ma dwie przewagi istotne dla CZP, tj. wydajność kadrową (jeden zespół prowadzący obejmuje w cyklu tylu uczestników, ilu w wariancie indywidualnym wymagałoby kilkudziesięciu sesji) oraz efekt normalizacji — uczestnicy słyszą, że inni zmagają się z podobnymi trudnościami, co samo w sobie redukuje poczucie izolacji. Wariant grupowy jest naturalnym narzędziem pracy z grupami o wspólnym kontekście: np. uchodźcami, opiekunami osób przewlekle chorych czy osobami po utracie pracy.

II.9 Group PM+ — wariant grupowy

Pięć sesji grupowych po 2 godziny (6–12 osób)



Adnotacja. Group PM+ – wariant grupowy. Pięć sesji po 2 godziny w grupach 6–12 osób (maks. 6 osób na facylitatora); te same cztery strategie co w wariancie indywidualnym, wzbogacone o elementy grupowe (wzajemne wsparcie, wymiana doświadczeń). Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO, Group Problem Management Plus (Group PM+) (2020).

Model wyznacza ścieżkę pacjenta, lecz sam nie gwarantuje jej efektywnego działania w systemie. Warunkiem podstawowym jest wycena poziomu II przez AOTMiT — bez niej opieka stopniowana pozostaje deklaracją. Dokument reformujący system powinien też zapisać sygnały ostrzegawcze, których wystąpienie oznacza, że model nie działa. Brak wyceny poziomu II w zapowiedzianym terminie, zmianę struktury przypadków świadczącą o selekcji pacjentów, utrzymujący się brak kontynuacji leczenia po hospitalizacji, trwałą zmienność między centrami oraz wydłużanie czasu oczekiwania na poziom II ponad próg bezpieczny klinicznie. Część tych sygnałów wymaga danych, których system dziś rutynowo nie zbiera — a sam ten brak jest pierwszym sygnałem ostrzegawczym.

II.10 Poziomy referencyjne psychiatrii dorosłych

CZP jako koordynator ścieżki pacjenta (model Zespołu 2025)



Adnotacja. POZ — podstawowa opieka zdrowotna; CZP — centrum zdrowia psychicznego; PZK — punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny; ECT — terapia elektrowstrząsowa; rTMS — przezczaszkowa stymulacja magnetyczna; tDCS — przezczaszkowa stymulacja prądem stałym; „step up / step down" — przejście pacjenta na wyższy lub niższy poziom intensywności opieki. Programy II i III poziomu oraz wskaźniki monitorowania — zob. tabele w niniejszym podrozdziale. Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportu końcowego Zespołu ds. zmian systemowych w CZP (2025).

Drugi i trzeci poziom referencyjny obejmują programy specjalistyczne dla pacjentów, którzy nie odpowiedzieli na leczenie w centrum zdrowia psychicznego lub wymagają szczególnej diagnostyki i terapii. Do II poziomu Zespół ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego zalicza m.in.: psychiatryczne leczenie dorosłych z lekoopornymi zaburzeniami afektywnymi i psychotycznymi (hospitalizacja do 12 tygodni), świadczenia psychogeriatryczne (do 24 tygodni), rehabilitację psychiatryczną (do 12 tygodni), leczenie zaburzeń nerwicowych i osobowości oraz zaburzeń odżywiania (do 112 tygodni), parafilii (do 224 tygodni), pacjentów ze współwystępującymi uzależnieniami, kompleksowe leczenie zaburzeń na tle stresowym oraz świadczenia w zakresie psychiatrii sądowej. Trzeci poziom obejmuje procedury wysokospecjalistyczne w leczeniu depresji lekoopornej: elektrowstrząsy (ECT), przezczaszkową stymulację magnetyczną (rTMS/TMS), stymulację prądem stałym (tDCS) oraz terapię ketaminą i esketaminą, realizowane w ośrodkach klinicznych i uniwersyteckich.

Wprowadzenie procedur III poziomu do koszyka świadczeń gwarantowanych wymaga określenia w rozporządzeniu warunków kadrowych, sprzętowych i organizacyjnych. Powinny być one jednocześnie spójne z rekomendacjami światowymi. Poniższe wymagania są propozycją wyjściową do wyceny przez AOTMiT i opracowania standardu opieki w CZP. Tabela 4 precyzuje warunki brzegowe czterech procedur III poziomu (ECT, rTMS, tDCS, ketamina/esketamina): wymagany personel, wyposażenie oraz zasady organizacji i kwalifikacji wraz z zaleceniami towarzystw naukowych (APA, RCPsych/ECTAS, NICE, CANMAT). Wspólnym mianownikiem jest bezpieczeństwo: świadoma zgoda, monitorowanie stanu pacjenta i rejestr zabiegów.

Tabela 4. Warunki realizacji procedur wysokospecjalistycznych III poziomu

ECT · rTMS · tDCS · ketamina/esketamina — personel, wyposażenie, organizacja, rekomendacje

Procedura	Personel	Wyposażenie	Organizacja i kwalifikacja	Zalecenia
Elektro-wstrząsy (ECT)	psychiatra z kwalifikacją w ECT · anestezjolog · pielęgniarki: anestezjol. i psychiatryczna	aparat ECT z EEG · sprzęt anestezjol. i resuscytacyjny · monitoring EKG/SpO2/RR · sala zabiegowa i wybudzeń	znieczulenie ogólne ze zwiotczeniem · świadoma zgoda · wskazania: depresja lekooporna, katatonia, zagrożenie życia · rejestr zabiegów i zdarzeń	APA Task Force on ECT · RCPsych ECTAS · NICE
rTMS / TMS	psychiatra przeszkolony w rTMS · przeszkolony operator	certyfikowany system rTMS (FDA/CE) · próg ruchowy · opcjonalnie neuronawigacja	ambulatoryjnie, bez znieczulenia · seria 20–30 sesji · wskazanie: depresja lekooporna · wykluczenia: padaczka, implanty metalowe	NICE IPG542 · CANMAT · APA
tDCS	psychiatra · przeszkolony operator	certyfikowany stymulator tDCS	dowody słabsze — ośrodek specjalistyczny lub badania, z protokołem i rejestrem	NICE (ograniczone dowody)
Ketamina / esketamina	psychiatra · personel monitorujący	monitorowanie ciśnienia i sedacji · obserwacja co najmniej 2 h po podaniu	wskazanie: depresja lekooporna (≥2 nieskuteczne leki) · przeciwwskazania: nadciśnienie niekontrolowane, czynna psychoza · rejestr	FDA REMS (esketamina) · CANMAT · NICE TA854

Adnotacja. Zestawienie jest propozycją wyjściową do wyceny przez AOTMiT, a nie odwzorowaniem obowiązującego rozporządzenia koszykowego. Kolumna „Zalecenia" wskazuje dokument źródłowy wymagań, a nie rekomendację refundacyjną dla Polski. Źródło: opracowanie własne na podstawie APA Task Force on ECT, RCPsych/ECTAS, NICE (IPG542, TA854), CANMAT oraz FDA REMS.

Tabela 5 proponuje trzy wskaźniki wynikowe dla świadczeń II i III poziomu: odpowiedź i remisję kliniczną mierzoną zwalidowanymi psychometrycznie skalami, rehospitalizację

psychiatryczną w 30 i 90 dni oraz powrót do ról społecznych i zawodowych. Progi docelowe wymagają uzgodnienia z AOTMiT i konsultantami krajowymi. Intencją jest powiązanie finansowania z rezultatem, a nie z samym wykonaniem procedury. Wymagania kadrowo-sprzętowe i progi wskaźników należy traktować jako propozycję na podstawie rekomendacji światowych (NICE, APA, RCPsych, CANMAT, FDA), do uzgodnienia z AOTMiT i krajowymi konsultantami.

Tabela 5. Wskaźniki wynikowe świadczeń II i III poziomu referencyjnego

Propozycja — progi do uzgodnienia z AOTMiT i konsultantami krajowymi

Wskaźnik	Definicja	Sposób pomiaru	Efekt
Odpowiedź / remisja kliniczna	≥50% redukcji objawów (odpowiedź) lub spadek poniżej progu (remisja) w walidowanej skali: depresja — MADRS/HAM-D; psychozy — PANSS	skala przy kwalifikacji i po zakończeniu serii/programu (np. po 6 tygodniach)	skuteczność kliniczna interwencji
Rehospitalizacja psychiatryczna w 30 i 90 dni	odsetek pacjentów ponownie hospitalizowanych psychiatrycznie w 30 (i 90) dni od wypisu	dane NFZ (rejestr świadczeń po PESEL/REGON)	trwałość leczenia · koordynacja ścieżki · mniej nawrotów
Funkcjonowanie i powrót do ról	zmiana poziomu funkcjonowania (WHODAS 2.0) lub powrót do pracy/nauki w 6 miesięcy po leczeniu	WHODAS 2.0 wejście/wyjście · status zatrudnienia lub nauki (ZUS/rejestr)	reintegracja społeczno-zawodowa — wartość dla pacjenta

Adnotacja. Trzy wskaźniki różnią się źródłem danych: odpowiedź i remisja wymagają pomiaru skalą przy kwalifikacji i po zakończeniu programu (dane własne świadczeniodawcy), rehospitalizacja jest policzalna wprost z rejestru świadczeń NFZ po numerze PESEL, a powrót do ról wymaga połączenia WHODAS 2.0 z danymi o statusie zatrudnienia lub nauki. Progi docelowe świadomie pominięto — wymagają uzgodnienia z AOTMiT i konsultantami krajowymi. Źródło: opracowanie własne.

Monitorowanie poszczególnych poziomów referencyjnych opiera się na tym samym zestawie wskaźników liczonych na poziomie obszaru odpowiedzialności terytorialnej: dostępność i objęcie opieką odnoszą się przede wszystkim do I poziomu (CZP) i ścieżki z podstawowej opieki zdrowotnej. Ciągłość po hospitalizacji opisuje przejścia między I, II i III poziomem ale i powrotu z leczenia szpitalnego do usług pozastacjonarnych w CZP (I poziom) czyli koordynacji ścieżki wewnątrz I poziomu. Wskaźniki oddziaływania (funkcjonowanie,

bezpieczeństwo populacyjne) obejmują całą ścieżkę pacjenta w obszarze odpowiedzialności — niezależnie od poziomu, na którym pacjent jest aktualnie leczony.

Triaż — cel i przebieg

Punktem wejścia do centrum zdrowia psychicznego jest punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK), a pierwszym zadaniem PZK nie jest leczenie, lecz rozpoznanie z jak pilnym i jak złożonym problemem zgłasza się dana osoba. Służy temu triaż psychiatryczny. Jako przykład podano uniwersalną ścieżkę opieki mhGAP przedstawioną w poprzednim podrozdziale. Osadzono ją w praktyce PZK jako procedurę wejściową do opieki stopniowanej.

Zanim personel podejmie jakąkolwiek decyzję terapeutyczną, musi ocenić bezpieczeństwo pacjenta i jego otoczenia. Triaż bio-psycho-społeczny obejmuje m.in. ocenę ryzyka samobójczego, autoagresji i agresji, objawów psychotycznych oraz używania substancji, a także sprawdzenie, czy sprawa nie wiąże się z procedurą Niebieskiej Karty lub z małoletnim pozostającym pod opieką zgłaszającego się pacjenta. Dopiero po tej ocenie personel przechodzi do rozpoznania funkcjonowania i zasobów pacjenta. Kolejność nie jest przypadkowa, bo bez wstępnej oceny ryzyka każda dalsza czynność — w tym zaplanowanie wizyty za kilka tygodni zamiast natychmiastowej interwencji — może okazać się błędem klinicznym o poważnych konsekwencjach.

Wynik triażu przekłada się na ocenę pilności wyrażaną czterema kolorami. Kolory czerwony i pomarańczowy oznaczają konieczność natychmiastowej pomocy doraźnej — pacjent nie czeka na wolny termin, tylko otrzymuje wsparcie w tym samym dniu. Kolor żółty wyznacza termin do 72 godzin, a zielony oznacza możliwość zaplanowania kontaktu w zwykłym trybie. Ten prosty podział pełni w systemie podwójną funkcję: chroni pacjentów w kryzysie przed utratą właściwego priorytetu w kolejce ogólnej, a jednocześnie pozwala mierzyć dostępność centrum wskaźnikiem czasu dla pomocy pilnej, który jest trudny do sfałszowania, jeśli datę zgłoszenia rejestruje się rzetelnie, a nie w dniu faktycznej wizyty.

Ocena triażowa prowadzi do dwóch decyzji, które razem określają dalszy tor opieki tj.: przypisania kategorii pomocy (doraźnej, krótkoterminowej, długoterminowej, konsultacyjnej lub czynnej) oraz poziomu opieki w skali od 1 do 5, odpowiadającego intensywności potrzebnego wsparcia. Decyzja ta nie jest jednorazowa — stan pacjenta może wymagać eskalacji lub deeskalacji w trakcie leczenia, a każda zmiana kategorii lub poziomu powinna być udokumentowana z datą, tak by można było później odtworzyć rzeczywistą ścieżkę pacjenta. Triaż dla pacjentów kończy się zaplanowaniem dalszego postępowania z pacjentem.

Dla pacjentów zakwalifikowanych do opieki czynnej wyznaczeniem koordynatora opieki oraz otwarciem planu terapii i zdrowienia (PTiZ). Jest to dokument, który łączy cele leczenia, zaplanowane interwencje i terminy przeglądów przypisane konkretnej osobie. Koordynator odpowiada za to, by opieka czynna zintegrowaną, logicznie zaplanowaną, realizowaną i ewaluowaną ścieżką pacjenta. W tym zakresie stanowi zdecydowane odejście od obecnej praktyce leczenia ambulatoryjnego, często realizowanego przez niepowiązane ze sobą

wizyty u różnych specjalistów. Dopiero po ustaleniu PTiZ i wyznaczeniu koordynatora pacjent wchodzi we właściwy proces leczenia, opisany w kolejnym podrozdziale. Dla pacjentów, którzy nie wymagają opieki czynnej, zespół określa standardową procedurę leczenia na podstawie triażu oraz ujmuje to w planie leczenia.

Proces leczenia

Standardy diagnostyczno-terapeutyczne CZP opracowane w Biurze ds. pilotażu NPOZP w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, wspólnie z licznym gronem interesariuszy, nie określają metod i standardów leczenia klinicznego. Równie istotne dla oceny systemu są wymagania organizacyjne wobec samego procesu leczenia. Poniżej omówiono cztery standardy organizacyjne, które razem tworzą szkielet odpowiedzi na pytanie, co znaczy „dobrze prowadzony proces leczenia" w centrum zdrowia psychicznego niezależnie od zastosowanych metod klinicznych.

Pierwszy standard — odpowiedzialność terytorialna, dostępność oraz wczesna i natychmiastowa pomoc — wymaga, aby każde CZP miało przypisany określony obszar działania, a pacjent uzyskiwał świadczenia nie dalej niż w powiecie sąsiadującym z tym obszarem. To standard geograficzny: przenosi ciężar odpowiedzialności za dostępność z pojedynczego świadczeniodawcy na cały system obszarów odpowiedzialności terytorialnej, o którym szerzej w rozdziale dotyczącym finansowania.

Drugi standard — ciągłość opieki, kompleksowość, koordynacja i włączenie sieci oparcia społecznego — wymaga organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego w sposób ograniczający ryzyko jego przerwania, w tym aktywnego podtrzymywania kontaktu z osobami przewlekle chorymi, które same nie zgłosiliby się na kolejną zaplanowaną wcześniej wizytę. To standard procesu, w którym centrum nie czeka biernie, aż pacjent wypadnie z opieki tylko aktywnie monitoruje ciągłość kontaktu.

Trzeci standard — lokalność i współpraca — wymaga, aby centrum współpracowało z administracją samorządową i rządową, pomocą społeczną, a także z instytucjami, organizacjami społecznymi oraz grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin. Ten standard formalizuje to, co w praktyce już pojawia się w opisie koordynacji międzysektorowej w dalszych częściach Białej Księgi — centrum jako ważny aspekt współpracy, a nie samotny świadczeniodawca.

Czwarty standard — jakość i racjonalność — wymaga zgodności realizowanych usług ze standardami organizacyjnymi i diagnostyczno-terapeutycznymi oraz odpowiedniej częstości kontaktów z pacjentem i jego środowiskiem w pomocy czynnej. Razem cztery standardy — zasięg terytorialny, ciągłość, współpraca lokalna i jakość/racjonalność — opisują wyłącznie stronę organizacyjną procesu leczenia. Standardy diagnozy klinicznej i metod terapeutycznych stosowanych w CZP pozostają poza zakresem tego opracowania i — jak przypomina zamykająca ten rozdział uwaga — wymagają odrębnego opracowania, stałego monitorowania oraz aktualizacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

2.2. Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka

Nowoczesny system ochrony zdrowia psychicznego nie może ograniczać się wyłącznie do leczenia zaburzeń. Równie ważne pozostają działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń psychicznych oraz wczesnej interwencji. Rosnące obciążenie populacji zaburzeniami psychicznymi nasilone dodatkowo przez pandemię COVID-19, kryzysy migracyjne i niepewność społeczno-ekonomiczną, wymaga budowy modelu ochrony zdrowia psychicznego obejmującego całe społeczeństwo z perspektywy zdrowia publicznego. W tym kontekście CZP mogą pełnić funkcję lokalnych centrów promocji zdrowia psychicznego poprzez:

- działania edukacyjne,
- wsparcie kryzysowe,
- współpracę ze szkołami i samorządami,
- programy przeciwdziałania stygmatyzacji,
- rozwój grup wsparcia,
- aktywizację społeczną i zawodową osób po kryzysach psychicznych.

Powyższy katalog wymaga uporządkowania według trójpoziomowego modelu profilaktyki WHO/IOM — bo inny jest adresat, inny mechanizm i inny sposób pomiaru skuteczności każdego poziomu. Profilaktyka uniwersalna (adresowana do całej populacji obszaru) to kampanie psychoedukacyjne, programy przeciwdziałania stygmatyzacji i współpraca ze szkołami — koordynowana z oświatą. Profilaktyka selektywna (grupy podwyższonego ryzyka, w tym w szczególności: osoby w kryzysie okołoporodowym, żałobie, po utracie pracy, opiekunowie osób przewlekle chorych) powinna w sposób uzasadniony być realizowana w ramach niskointensywnych interwencji już opisanych w tym rozdziale — PM+ i Grupowy PM+. Są one zaprojektowane właśnie z myślą o tych odbiorcach, a niekoniecznie o pacjentach z rozpoznaniem klinicznym. Profilaktyka wskazująca (osoby z objawami podprogowymi, zidentyfikowanymi np. w przesiewie PHQ-9/GAD-7 w programie „Moje zdrowie" w POZ) to etap, na którym pacjenci są kierowani do CZP — zanim objawy osiągną próg kliniczny wymagający pełnej ścieżki terapii.

To rozróżnienie ujawnia lukę regulacyjną. Obowiązujące rozporządzenie pilotażowe definiuje zadania obszaru CZP wokół leczenia i koordynacji nie precyzując katalogu działań profilaktycznych ani ich finansowania. Tabele 5 i 6 wprost operacjonalizują wskaźniki jakości leczenia i koordynacji. Dla promocji i profilaktyki taki katalog dziś nie istnieje w żadnym akcie wykonawczym.

Standard organizacyjny opieki w CZP może regulować te działania na poziomie minimalnym, wskazując obowiązkowy zakres działań profilaktycznych na obszarze odpowiedzialności terytorialnej (liczba i częstotliwość programów wg poziomu profilaktyki, wymagana współpraca z oświatą i pomocą społeczną, wskaźnik dotarcia do grup ryzyka) wraz z odpowiadającymi im wskaźnikami monitorowania — analogicznie do konstrukcji tabeli 5, ale dla warstwy przedklinicznej, a nie leczniczej.

Model finansowania kapitacyjnego tworzy silniejsze bodźce do inwestowania w profilaktykę i wczesną interwencję. W rezultacie ograniczanie konieczności leczenia zaostrzeń choroby i potrzeby hospitalizacji pozwala efektywniej wykorzystać środki publiczne.

WHO podkreśla, że efektywne systemy ochrony zdrowia powinny uwzględniać nie tylko leczenie chorób, lecz również długofalowe działania wzmacniające zdrowie populacji oraz racjonalne wykorzystanie zasobów publicznych. Szczególne znaczenie ma rozwijanie modelu opieki ukierunkowanej na zdrowienie (*recovery approach*), skoncentrowanej na przywracaniu pacjentowi zdolności do pełnienia ról społecznych i zawodowych.

2.3. Ewaluacja i wnioski z pilotażu

Poniższa część rozdziału ma charakter ewaluacyjny. W skróconej formie podsumowuje, co pilotaż pokazał, które mechanizmy warto utrwalić, a które bariery należy usunąć przed przejściem do modelu docelowego. W podrozdziale poświęconym *Evidence-Based Medicine* (EBM) pokazujemy jakimi narzędziami system powinien metodycznie wdrożyć system udoskonalania standardów w reakcji na ciągły rozwój wiedzy medycznej i uaktualnianie wytycznych klinicznych. Pilotaż CZP stworzył przestrzeń do testowania wielu innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, finansowych i terapeutycznych. Do najważniejszych należą:

- odpowiedzialność terytorialna,
- finansowanie ryczałtowe,
- rozwój opieki środowiskowej,
- punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny jako funkcjonalna część wejścia do systemu oraz triaż (ocena potrzeb),
- funkcja koordynatora opieki,
- zatrudnianie asystentów zdrowienia,
- koordynacja świadczeń zdrowotnych i społecznych.

Wśród innowacyjnych mechanizmów finansowych szczególne miejsce zajmuje stawka kapitacyjna oraz współdzielenie ryzyka finansowego pomiędzy płatnika i świadczeniodawców, premiowanie współpracy, jakość i efektywność opieki, a także wyłonienie podmiotu wiodącego, odpowiedzialnego za koordynację świadczeń i zarządzanie budżetem populacyjnym. Jednocześnie doświadczenia pilotażu ujawniły liczne bariery systemowe ograniczające możliwość trwałego wdrożenia reformy. Najważniejsze z nich obejmują:

- brak jednolitego systemu monitorowania jakości,
- ograniczoną dostępność wiarygodnych danych,
- niedobory kadrowe,
- brak kompetencji zarządczych i projakościowych,
- zróżnicowaną interpretację modelu CZP przez oddziały NFZ i świadczeniodawców,
- niski poziom interoperacyjności systemów informatycznych,
- niewystarczające wsparcie legislacyjne,

- niewystarczająca integracja z systemami wsparcia społecznego.

Raport WHO-CHOICE wskazuje dodatkowo, że brak standaryzacji metod gromadzenia danych, trudności w analizie kosztów oraz niewystarczająca jakość informacji finansowych należą do głównych barier racjonalnego zarządzania systemem ochrony zdrowia. Transformacja psychiatrii wymaga nie tylko zmian finansowych i legislacyjnych, lecz także głębokiej zmiany kultury zarządzania — od systemu opartego na procedurach do systemu opartego na jakości, rzetelnych danych i odpowiedzialności za wynik leczenia.

Dodatkowym wyzwaniem pozostaje ryzyko selekcji pacjentów, ograniczania dostępu do świadczeń lub przenoszenia kosztów pomiędzy segmentami systemu. Jeżeli nie zostaną wdrożone odpowiednie mechanizmy kontroli jakości i przejrzystości finansowej, nie będziemy w stanie skutecznie monitorować docelowego rozwiązania. Z tego względu wdrażanie modeli kapitacyjnych wymaga silnych struktur zarządczych, przejrzystych zasad odpowiedzialności oraz stałego monitorowania jakości i dostępności opieki.

Wnioski płynące z pilotażu centrów zdrowia psychicznego wskazują, że środowiskowy model opieki psychiatrycznej może poprawiać dostępność, jakość i efektywność leczenia. Dotychczasowe doświadczenia mają jednak charakter częściowy i nierównomierny regionalnie, dlatego nie można jeszcze mówić o pełnej transformacji systemowej. Kierunkiem dalszych reform powinno być wdrażanie modelu opieki zdrowotnej opartej na wartości (*Value-Based Healthcare,* VBHC), w którym podstawowym kryterium oceny systemu pozostają osiągane efekty zdrowotne oraz wartość dostarczana pacjentowi. W praktyce oznacza to konieczność:

- odejścia od dominacji finansowania proceduralnego,
- rozwoju mierników efektów zdrowotnych,
- premiowania jakości i skuteczności terapii,
- ograniczania niepotrzebnych hospitalizacji,
- wzmacniania opieki środowiskowej i ambulatoryjnej,
- deregulacji nadmiernie sformalizowanych procesów administracyjnych,
- rozwijania systemów interoperacyjnych i zarządzania danymi.

Rozwijany równolegle model finansowania kapitacyjnego pozostaje zgodny z założeniami VBHC — przesuwa punkt ciężkości z liczby procedur na efekty leczenia, koordynację opieki i odpowiedzialność populacyjną (rozdział V). Dlatego dalsza reforma wymaga:

- trwałych podstaw legislacyjnych,
- stabilnego modelu finansowania,
- systemowego porównywania wyników (benchmarking),
- kultury jakości,
- szerokiego udziału ekspertów-praktyków oraz użytkowników systemu,
- konsekwentnego wdrażania polityki opartej na danych i dowodach naukowych.

W obliczu rosnących potrzeb zdrowotnych i społecznych transformacja ochrony zdrowia psychicznego staje się strategiczną koniecznością państwa, warunkującą bezpieczeństwo

zdrowotne, społeczne i ekonomiczne kraju. Ryzykiem wdrożeniowym pozostaje przy tym codzienna praktyka kliniczna — duża liczba pacjentów, niedobory kadrowe i rosnące obciążenia sprawozdawcze ograniczają realny czas na prowadzenie indywidualnych planów terapii i zdrowienia oraz ich ewaluację.

Evidence-Based Medicine i systematyczny audyt kliniczny

Rozwój nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia psychicznego wymaga oparcia organizacji świadczeń na zasadach EBM oraz *Evidence-Based Practice* (EBP). Oznacza to konieczność podejmowania decyzji klinicznych i organizacyjnych na podstawie najlepszych dostępnych dowodów naukowych, przy jednoczesnym uwzględnianiu doświadczenia klinicznego i potrzeb pacjenta. W praktyce oznacza to odejście od sporów ideologicznych dotyczących wyższości opieki środowiskowej nad instytucjonalną lub odwrotnie, wskazując, że forma i ścieżka opieki powinna być oparta na zebranej i zweryfikowanej wiedzy. Zarówno świadczenia realizowane w CZP, jak i poza nimi powinny podlegać ocenie według tych samych kryteriów klinicznych, jakościowych i organizacyjnych. Punktem odniesienia musi pozostawać skuteczność interwencji terapeutycznych oraz osiągane efekty zdrowotne. Zasady EBM rozstrzygają jednak o skuteczności danej interwencji jako konsekwencji spełniania kryteriów do jej zastosowania; ocena formy organizacyjnej opieki w odniesieniu do pojedynczego pacjenta wymaga dodatkowo metod ewaluacji usług zdrowotnych i nie powinna być przedstawiana jako wyłączne rozstrzygnięcie EBM. Ograniczeniem pozostaje także niewielka liczba badań RCT oceniających całe modele psychiatrii środowiskowej — interwencje organizacyjne trudno randomizować, a złożoność opieki (farmakoterapia, psychoterapia, rehabilitacja, wsparcie społeczne) utrudnia wskazanie, który element odpowiada za obserwowany efekt. Punktem odniesienia pozostaje model biopsychospołeczny jako paradygmat współczesnej psychiatrii środowiskowej, który powinien być uwzględniony w kształceniu przed- i podyplomowym kadr.

Efektywność systemu zależy nie tylko od poziomu finansowania, lecz także od organizacji procesu leczenia, poziomu wykorzystania zasobów i jakości zarządzania. W psychiatrii oznacza to potrzebę ciągłego monitorowania skuteczności terapii środowiskowej, ambulatoryjnej i stacjonarnej według tych samych kryteriów. Ocena zgodności świadczeń z wytycznymi klinicznymi i standardami NICE ma również wymiar finansowy. Kalkulacja płatności powinna uwzględniać koszty leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną oraz prognozowane potrzeby zdrowotne populacji. Niezbędnym elementem reformy powinno być zatem wdrożenie systematycznego audytu klinicznego obejmującego:

- zgodność terapii z aktualnymi wytycznymi,
- ocenę bezpieczeństwa leczenia,
- analizę wyników terapeutycznych,
- monitorowanie zdarzeń niepożądanych,
- ocenę ciągłości opieki,
- analizę efektywności ścieżki pacjenta.

Audyt kliniczny powinien mieć charakter rozwojowy, a nie represyjny — służący budowaniu kultury organizacyjnej opartej na uczeniu się i ciągłym doskonaleniu jakości. WHO podkreśla, że jednym z głównych ograniczeń efektywności systemów zdrowotnych pozostaje brak systematycznej analizy danych dotyczących kosztów, jakości i wykorzystania zasobów. Szczególnie istotne pozostaje rozwijanie kompetencji menedżerskich i projakościowych wśród kadry kierowniczej placówek psychiatrycznych, ponieważ jakość przywództwa, kultura organizacyjna i zdolność do zarządzania zmianą należą do najważniejszych determinant sukcesu reform.

2.4. Wskaźniki jakości

Jednym z najistotniejszych wyzwań reformy ochrony zdrowia psychicznego w Polsce pozostaje stworzenie spójnego systemu zarządzania jakością świadczeń psychiatrycznych. Dotychczas funkcjonujący model opieki koncentrował się przede wszystkim na rozliczaniu liczby wykonanych świadczeń i kontroli formalno-finansowej, przy ograniczonym wykorzystaniu mierników jakości klinicznej, efektów zdrowotnych oraz doświadczeń pacjentów. Tymczasem współczesne systemy ochrony zdrowia coraz wyraźniej odchodzą od modelu ilościowego na rzecz modelu skoncentrowanego na wartości zdrowotnej osiąganej przez pacjenta. W psychiatrii ma to znaczenie, ponieważ o skuteczności leczenia rozstrzyga nie liczba hospitalizacji czy porad, lecz poprawa funkcjonowania społecznego, jakości życia, reintegracja zawodowa oraz ograniczenie nawrotów choroby.

Doświadczenia pilotażu CZP wskazują, że poprawa jakości świadczeń jest możliwa poprzez organizację opieki w oparciu o odpowiedzialność terytorialną, skrócenie ścieżki pacjenta, rozwój opieki przedlekarskiej oraz lepszą integrację usług zdrowotnych i społecznych. W najlepiej funkcjonujących centrach obserwowano skrócenie czasu oczekiwania na pomoc, ograniczenie liczby i długości hospitalizacji oraz wzrost dostępności wsparcia środowiskowego.

Model kapitacyjny dodatkowo wzmacnia znaczenie jakości w opiece. Część wynagrodzenia świadczeniodawcy powinna być powiązana z osiąganiem uzgodnionych wskaźników jakościowych i wynikowych, co zapobiega obniżaniu jakości opieki w celu generowania oszczędności. Mierniki powinny być uzgadniane lokalnie i obejmować wskaźniki kliniczne, doświadczenia pacjentów oraz efektywność organizacyjną.

Warunkiem trwałości tych efektów pozostaje jednak wdrożenie systematycznego monitorowania jakości, opartego na wiarygodnych danych i porównywalnych wskaźnikach. Główną rekomendacją wynikającą z analiz pilotażu jest rozwój benchmarkingu jako narzędzia ciągłego doskonalenia systemu. Benchmarking powinien obejmować zarówno poziom organizacyjny, procesowy, jak i wynikowy, umożliwiając porównywanie świadczeniodawców pod względem:

1. dostępności świadczeń,
2. liczby rehospitalizacji,

3. długości hospitalizacji,
4. skuteczności terapii,
5. poziomu satysfakcji pacjentów,
6. reintegracji społeczno-zawodowej,
7. efektywności wykorzystania zasobów.

Autorzy analiz WHO podkreślają, że systemy osiągające najwyższą efektywność opierają się na regularnym monitorowaniu jakości i transparentnym porównywaniu wyników pomiędzy świadczeniodawcami. Benchmarking pełni tam nie tylko funkcję kontrolną, lecz także edukacyjną i projakościową — umożliwia identyfikację najlepszych praktyk i standaryzację świadczeń. Istotnym elementem reformy powinno być również rozwijanie systemów akredytacyjnych i audytowych opartych na standardach jakości wypracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Rozszerzenie tych standardów na opiekę psychiatryczną i środowiskową stworzyłoby jednolite kryteria oceny placówek i zwiększyło przejrzystość systemu. Efektywna ocena jakości wymaga przy tym inwestycji w zintegrowane, interoperacyjne systemy informatyczne pozwalające łączyć dane NFZ, ZUS, GUS i innych rejestrów publicznych. Zaplecze danych i wymagania organizacyjne modelu kapitacyjnego omawia rozdział V.

Wymienione wymiary benchmarkingu wymagają przełożenia na konkretny, możliwy do zebrania zestaw mierników. Biała Księga proponuje poniżej zestaw spójny z modelem opieki stopniowanej i odpowiedzialnością terytorialną, możliwy do wdrożenia w sposób ewolucyjny, tak aby ten sam pomiar był sprawiedliwy dla różnych form organizacyjnych centrów.

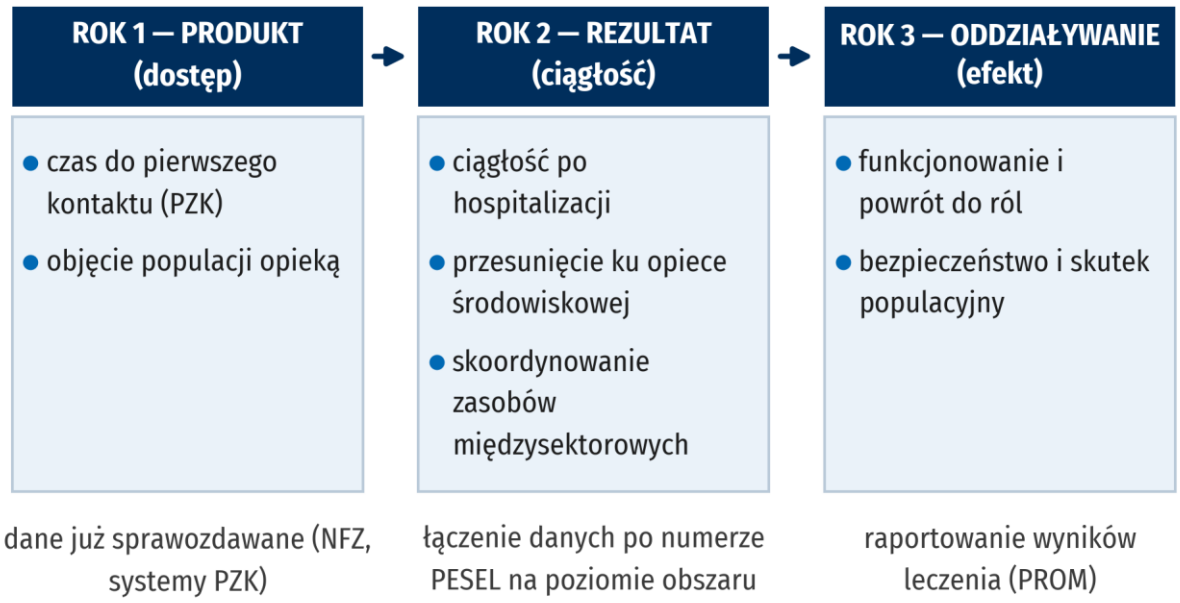
Wskaźniki monitorowania dla różnych form organizacyjnych CZP

Aby wskaźniki jakości były sprawiedliwe niezależnie od formy organizacyjnej CZP, należy liczyć je na poziomie obszaru odpowiedzialności terytorialnej, a nie pojedynczego podmiotu, łącząc dane Narodowego Funduszu Zdrowia po numerze PESEL pacjenta. Pozwala to objąć jednym pomiarem wszystkie cztery spotykane modele: centrum realizowane w jednym podmiocie, centrum z podwykonawcą oddziału (dwa powiązane podmioty), centrum w konsorcjum oraz centrum prowadzone przez dwa niezależne podmioty lecznicze — jeden dla części ambulatoryjnej i drugi dla stacjonarnej. W każdym z tych wariantów jednostką rozliczalności pozostaje obszar, a wskaźniki ciągłości i przepływu pacjenta automatycznie łączą świadczenia udzielone tej samej populacji przez różne podmioty.

Wdrażanie wskaźników powinno mieć charakter ewolucyjny i rozłożony na trzy lata, zgodnie ze strukturą Standardu diagnostyczno-terapeutycznego CZP: od mierników produktu (rok pierwszy, na podstawie danych już zbieranych w sprawozdawczości NFZ i systemach centrów), przez mierniki rezultatu (rok drugi, wymagające łączenia danych o ścieżce pacjenta), po mierniki oddziaływania i efektu zdrowotnego (rok trzeci, wymagające wdrożenia raportowania wyników leczenia). Harmonogram ten nie obciąża centrów nowymi obowiązkami na starcie i pozostaje spójny z modelem opieki stopniowanej (dostęp → ciągłość → efekt) oraz z odpowiedzialnością terytorialną.

II.11 Wdrażanie wskaźników jakości w trzech latach

od mierników produktu do efektu zdrowotnego — spójnie z opieką stopniowaną



Adnotacja. Kolejność wdrażania wskaźników z Tabeli 6: rok pierwszy wykorzystuje dane już zbierane w sprawozdawczości NFZ, rok drugi wymaga łączenia danych po numerze PESEL na poziomie obszaru, rok trzeci — raportowania wyników leczenia (PROM). Źródło: opracowanie własne.

Rysunek II.11 porządkuje tę sekwencję: każdy rok wdrażania odpowiada innemu piętru pomiaru — od produktu (dostępność), przez rezultat (ciągłość opieki), po oddziaływanie (efekt zdrowotny). Kolejność nie jest przypadkowa, lecz jest dostosowana do logiki procesu. W pierwszym roku system korzysta wyłącznie z tego, co już dziś jest sprawozdawane w NFZ i systemach punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych, więc pomiar można uruchomić bez nakładania nowych obowiązków administracyjnych. W drugim roku konieczne staje się łączenie danych po numerze PESEL na poziomie obszaru — technicznie wykonalne od zaraz, wymagające jednak decyzji organizacyjnych po stronie płatnika. Dopiero w trzecim roku dochodzi jedyny element budowany od podstaw: raportowanie wyników leczenia ocenianych przez samych pacjentów (PROM). Dzięki temu żaden etap nie blokuje poprzedniego, a system najpierw uczy się jak rzetelnie mierzyć, zanim zacznie na podstawie pomiaru rozliczać.

Taka konstrukcja integruje w całość wcześniejsze wątki rozdziału. Wskaźniki produktu odpowiadają wprost na barierę dostępności — czas do pierwszego kontaktu i objęcie populacji opieką pokazują, czy odpowiedzialność terytorialna rzeczywiście skraca ścieżkę pacjenta. Wskaźniki rezultatu przenoszą punkt ciężkości na ciągłość opieki po hospitalizacji i przesunięcie ku formom środowiskowym, a więc na to, co w modelu opieki stopniowanej odróżnia dobrze działający obszar od zbioru rozproszonych świadczeniodawców. Wskaźniki oddziaływania domykają logikę benchmarkingu opisaną wyżej za analizami WHO. Dopiero

one mówią, czy leczeni mieszkańcy wracają do ról społecznych i zawodowych oraz czy system jest bezpieczny dla populacji. Pełne definicje, sposób pomiaru na poziomie obszaru i proponowane wartości odniesienia zestawia Tabela 6. Obowiązek pomiaru i sprawozdawania wskaźników obowiązuje od pierwszego roku i jest warunkiem realizacji świadczeń, a poziomy wskaźników wchodzą do rozliczeń dopiero po kalibracji do wartości bazowych obszarów; o tym, dlaczego tej sekwencji nie należy odwracać, mówi Rysunek II.12.

Poniżej zestawiono także propozycję wskaźników wspomnianych wcześniej w rozdziale, tj. monitorowania jakości na poziomie obszaru (Tabela 6) oraz symetryczne wskaźniki dla sektorów współpracujących (Tabela 7).

Tabela 6. Wskaźniki monitorowania jakości na poziomie obszaru

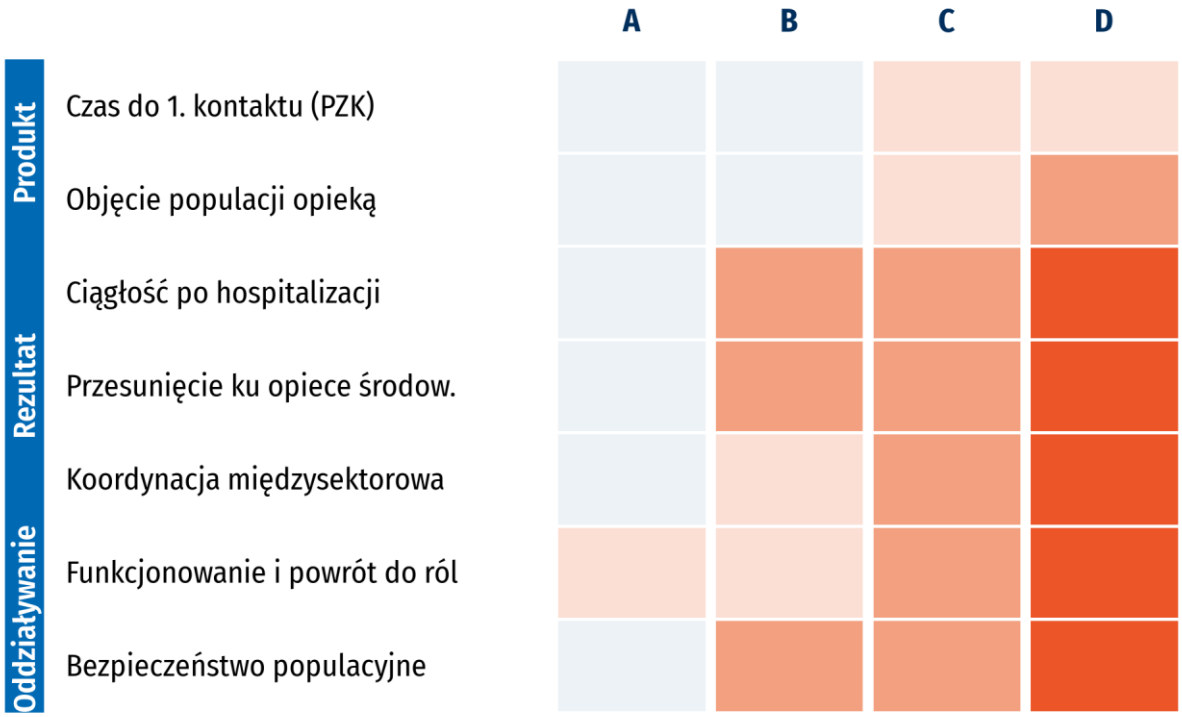
wdrażanie w trzech latach: produkt → rezultat → oddziaływanie; benchmarki — propozycja

Poziom	Nazwa	Definicja	Pomiar (poziom obszaru)	Benchmark (propozycja)
1 — produkt	Czas do pierwszego kontaktu (PZK)	mediana i odsetek ≤72 h od zgłoszenia w PZK do pierwszego kontaktu klinicznego	dane PZK/IT i NFZ · mianownik: zgłoszenia mieszkańców obszaru · pilne od zgłoszenia, każdym kanałem (też SOR/IP)	≥80% w ≤72 h · nagłe — pomoc niezwłocznie, poza PZK · pilność wg standardu CZP
1 — produkt	Objęcie populacji opieką	liczba i odsetek mieszkańców 18+ leczonych w roku (w tym pierwszorazowi)	NFZ po PESEL · mianownik: populacja 18+ obszaru	wzrost rok do roku · zbliżenie do rozpowszechnienia leczenia wg EZOP II
2 — rezultat	Ciągłość po hospitalizacji (follow-up)	odsetek z kontaktem ambulatoryjnym/środowiskowym ≤7 i ≤30 dni po wypisie	NFZ po PESEL — łączy wypis i kontakt także u innego podmiotu obszaru	≥40% w ≤7 dni · ≥70% w ≤30 dni (wzór HEDIS FUH)
2 — rezultat	Przesunięcie ku opiece środowiskowej	udział osobodni stacjonarnych · hospitalizacje na 100 tys. mieszkańców	NFZ per obszar (suma wszystkich podmiotów)	spadek hospitalizacji i osobodni r/r · wzrost udziału środowiskowego
2 — rezultat	Skoordynowanie zasobów między-sektorowych	odsetek PTiZ z ≥1 uruchomionym zasobem międzysektorowym (pomoc społeczna, oświata, POZ, rehabilitacja) · mediana czasu do uruchomienia zasobu	dane CZP/IT (moduł planu) łączone po PESEL ze sprawozdawczością pomocy społecznej i oświaty · mianownik: pacjenci CZP z planem	wzrost udziału rok do roku · mediana czasu ≤ progu po kalibracji do wartości bazowej
3 — oddzia-ływanie	Funkcjonowanie i powrót do ról	zmiana funkcjonowania (WHODAS 2.0) lub odsetek pacjentów z istotną poprawą · powrót do pracy/nauki	nowy moduł raportowania wyników (PROM) per pacjent, agregacja per obszar	≥ próg poprawy ustalony po kalibracji do wartości bazowej
3 — oddzia-ływanie	Bezpieczeństwo i skutek populacyjny	samobójstwa na 100 tys. · rehospitalizacja 30/90 dni · migracja poza obszar (zob. adnotacja)	NFZ + rejestry (KGP) per obszar	spadek samobójstw · rehospitalizacja i migracja ≤ progów (samowystarczalność)

Adnotacja. Wskaźnik samobójstw nie jest samodzielnym miernikiem jakości. Interpretacja wymaga korekty o różnice demograficzno-społeczne obszarów (wiek, płeć, bezrobocie, deprywacja, urbanizacja) i metod ewaluacji populacyjnej (szeregi czasowe, schematy quasi-eksperymentalne). Przypisanie obszarów stwarza po raz pierwszy warunki takiej ewaluacji.

II.12 Ryzyko systemowe pomiaru wskaźników

Warianty organizacyjne CZP — ryzyko fragmentacji, nie jakości pracy



Adnotacja. Intensywność koloru = ryzyko systemowe (strukturalne) pomiaru i zapewnienia wskaźnika, wynikające z rozdrobnienia podmiotowego (odrębne systemy IT, sprawozdawczość, odpowiedzialność), a NIE z jakości pracy CZP. Część stacjonarna we wszystkich wariantach to oddział psychiatryczny ogólny całodobowy; warianty różnią się powiązaniem tego oddziału z CZP (jeden podmiot / podwykonawstwo / konsorcjum / odrębny podmiot). Ryzyko koncentruje się na styku z oddziałem całodobowym — ciągłość po hospitalizacji, przesunięcie ku opiece środowiskowej, bezpieczeństwo populacyjne. Liczenie wskaźników per obszar po numerze PESEL, łączące dane między podmiotami, jest mechanizmem wyrównującym to ryzyko. Źródło: opracowanie własne.

Progi (benchmarki) podano jako propozycje wyjściowe na podstawie rekomendacji światowych (OECD Health Care Quality Indicators, HEDIS — follow-up after hospitalization, NICE quality standards, WHO) oraz doświadczeń pilotażu; wymagają kalibracji do wartości bazowych poszczególnych obszarów. Wymóg posługiwania się wystandaryzowanymi wskaźnikami o uprzednio określonym zakresie i wartościach referencyjnych dopasowanych do krajowych uwarunkowań formułuje także Prezes AOTMiT w Rekomendacji nr 68/2026. Przedstawiony tu zestaw mierników wraz z trybem kalibracji odpowiada wprost na tego rodzaju postulat z Rekomendacji.

Tabela 7. Symetryczne wymagania i wskaźniki dla sektorów współpracujących

POZ, pomoc społeczna i oświata — wdrożenia w skoordynowanej ścieżce i pomiar na poziomie obszaru

Sektor	Co wdrożyć w skoordynowanej ścieżce	Co mierzyć (na poziomie obszaru)
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	ścieżka psychiatryczna w opiece koordynowanej — przesiew, porada kompleksowa, indywidualny plan opieki z modułem zdrowia psychicznego, koordynator, świadczenia psychologa (analogicznie do ścieżek kardiologicznej i diabetologicznej) · protokoły mhGAP WHO jako podstawa przesiewu, krótkich interwencji i decyzji o skierowaniu	– odsetek pacjentów z przesiewem (PHQ-9/GAD-7) – odsetek z planem opieki uwzględniającym zdrowie psychiczne – odsetek pacjentów po hospitalizacji psychiatrycznej monitorowanych w POZ – czas i kompletność przekazania do/z CZP (zob. adnotacja)
Pomoc społeczna (OPS/PCPR)	wspólny plan wsparcia z CZP · specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi · mieszkalnictwo wspomagane · asystentura i aktywizacja · zasoby uruchamiane przez CZP jako koordynatora w planie pacjenta (PTiZ)	– odsetek osób z zaburzeniami objętych SUO – miejsca w mieszkalnictwie wspomaganym na 100 tys. – udział we wspólnym planie z CZP – czas reakcji na zgłoszenie z CZP – odsetek pacjentów CZP z uruchomionym wsparciem w planie – czas od wskazania do uruchomienia zasobu (SUO / mieszkanie / asystentura)
Oświata	wsparcie psychologiczno-pedagogiczne · ścieżki kierowania szkoła–CZP / poradnia dzieci i młodzieży · programy profilaktyki i przeciwdziałania stygmatyzacji · zasób uruchamiany i koordynowany przez CZP w planie pacjenta (dzieci, młodzież, rodziny)	– odsetek szkół z dostępnym wsparciem psychologicznym – odsetek uczniów objętych przesiewem lub wsparciem – liczba i czas realizacji skierowań szkoła→opieka – wspólne działania szkoła–CZP – odsetek uczniów-pacjentów ze wsparciem szkolnym w planie – czas od wskazania do uruchomienia

Adnotacja. PHQ-9/GAD-7 to narzędzia przesiewowe, nie diagnostyczne; ich wartość predykcyjna dodatnia zależy od częstości zaburzeń w populacji. Zgodnie z prawem Goodharta odsetek przesiewów mierzy proces, nie jakość. Większą wagę mają odsetek wyników zweryfikowanych diagnostycznie i czas do pogłębionej oceny. Węzłem kontaktowym CZP–pomoc społeczna może być koordynator opieki lub pracownik socjalny z CZP. Operatorem zasobów (mieszkalnictwo wspomagane, usługi opiekuńcze, WTZ, ŚDS) są podmioty pomocy społecznej lub NGO. Podmiot leczniczy nie powinien być właścicielem mieszkania wspomaganego, a koordynacja z CZP dotyczy planu wsparcia, nie własności zasobu.

Wskaźniki międzysektorowe wymagają uzgodnienia źródeł danych (NFZ, sprawozdawczość pomocy społecznej, system informacji oświatowej) oraz mechanizmu ich łączenia po obszarze. Ich wdrożenie powinno przebiegać równolegle do wskaźników centrum i również w sposób ewolucyjny.

2.5. Koordynacja i integracja z innymi obszarami ochrony zdrowia

Jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej psychiatrii pozostaje fragmentacja systemu opieki. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi bardzo często równocześnie wymagają wsparcia somatycznego, rehabilitacyjnego, edukacyjnego, społecznego i środowiskowego. Brak koordynacji między poszczególnymi poziomami systemu skutkuje opóźnieniami diagnostycznymi, powtarzaniem świadczeń, zwiększonym ryzykiem hospitalizacji oraz pogorszeniem rokowania.

Pilotaż CZP pokazał, że model oparty na odpowiedzialności terytorialnej i koordynacji świadczeń może istotnie usprawnić przepływ pacjenta pomiędzy różnymi formami opieki. Szczególną rolę odgrywa w tym zakresie punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK), który umożliwia szybką ocenę potrzeb zdrowotnych i skierowanie pacjenta do odpowiedniego poziomu wsparcia. Rekomendowanym narzędziem porządkującym tę ocenę — wspólnym dla personelu niespecjalistycznego PZK i POZ — jest podręcznik WHO mhGAP (wersja 2.0). Opisuje on zestaw „algorytmów oceny i postępowania" w najczęściej występujących zaburzeniach psychicznych, neurologicznych i związanych z używaniem substancji. Co do zasady ma zastosowanie w placówkach niespecjalistycznych. Protokoły mhGAP mogą być podstawą formularza wstępnej oceny w PZK oraz krótkich interwencji i decyzji o skierowaniu w POZ (WHO, 2016; aktualizacja wytycznych 2023).

Systemy dobrze skoordynowane osiągają lepsze wyniki zarówno kliniczne, jak i ekonomiczne. Model kapitacyjny sprzyja integracji świadczeń, ponieważ obejmuje finansowanie szerokiego zakresu usług realizowanych przez różnych świadczeniodawców pod jedną odpowiedzialnością populacyjną. Opieka psychiatryczna powinna być przy tym integrowana z opieką somatyczną, społeczną i środowiskową. Docelowy model powinien zakładać ścisłą integrację psychiatrii z:

- podstawową opieką zdrowotną,
- opieką szpitalną,
- opieką długoterminową,
- pomocą społeczną,
- rehabilitacją zawodową,
- systemem edukacji,
- wsparciem środowiskowym.

Szczególnie istotna pozostaje współpraca z POZ, która powinna pełnić funkcję pierwszego kontaktu w zakresie wczesnej identyfikacji problemów psychicznych, profilaktyki oraz monitorowania pacjentów przewlekle chorych. Równocześnie konieczne jest tworzenie spójnych ścieżek przejścia pomiędzy leczeniem stacjonarnym i opieką ambulatoryjną.

Koordynacja z psychiatrią dzieci i młodzieży

Biała Księga dotyczy reformy centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych. Leczenie dzieci i młodzieży pozostaje poza jej zakresem i wymaga osobnego opracowania. Realny punkt styku z systemem psychiatrii dziecięco-młodzieżowej istnieje jednak zawsze wtedy, gdy pacjent CZP ma dzieci wymagające wsparcia, albo gdy dziecko leczone w systemie dziecięcym ma rodzica lub opiekuna w kryzysie psychicznym. Są to sytuacje bardzo prawdopodobne. Jak wskazano w rozdziale I obciążenie psychiczne najsilniej dotyczy grupy 30–39 lat, a więc osób wychowujących dzieci. Materiały szkoleniowe dla koordynatorów PZK obejmują podstawowe zasady współpracy z pomocą społeczną i szkołami, ale nie odnoszą się do szerszej współpracy między systemami w opiece psychiatrycznej. W efekcie reforma pomocy społecznej, rozwój poradni psychologiczno-pedagogicznych i reforma psychiatrii nadal przebiegają w dużej mierze niezależnie od siebie.

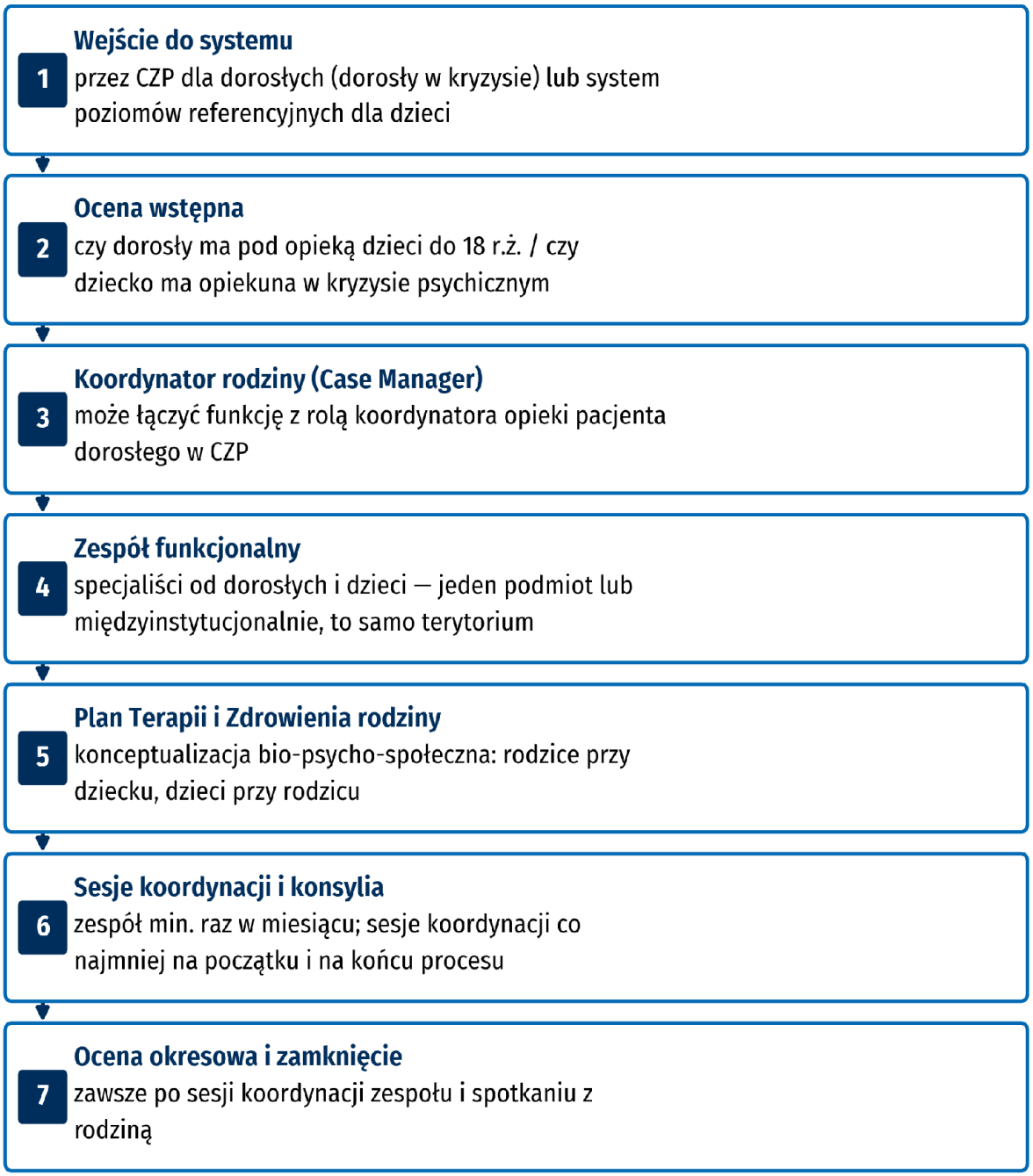
Gotowy do zaadaptowania model koordynacji wyprowadzono z przeglądu rozwiązań międzynarodowych (m.in. Headspace w Australii, Jigsaw w Irlandii). Rdzeniem modelu jest koordynator rodziny (*Case Manager*). Jest to funkcja, którą może pełnić dotychczasowy koordynator opieki w CZP odpowiedzialny za wspólny/rodzinny plan terapii i zdrowienia (PTiZ). W tym przypadku dotyczyłoby to rodziny oraz organizację zespołu funkcjonalnego łączącego specjalistów pracujących z dorosłymi i z dziećmi. Warianty wdrożeniowe modelu — zależne od struktury właścicielskiej podmiotów, wraz z zasadą ciągłości koordynacji na czas hospitalizacji — omawia rozdział III poświęcony współpracy międzysektorowej.

Kwestia przejścia młodych pacjentów z systemu psychiatrii dzieci i młodzieży do systemu psychiatrii dorosłych została już podjęta w polskim piśmiennictwie jako zagadnienie wymagające rozwiązania organizacyjnego. Lenkiewicz i Depukat (w druku), na podstawie przeglądu rozwiązań międzynarodowych oraz doświadczeń polskiego systemu, zaproponowały standard koordynacji współpracy pomiędzy oboma systemami, obejmujący również procedurę planowanego przekazania pacjenta. Model zakłada m.in. wcześniejszą identyfikację potrzeby przejścia, standaryzowaną ocenę potrzeb, udział pacjenta i rodziny w planowaniu, wyznaczenie koordynatora/case managera, przygotowanie Planu Terapii i Zdrowienia, współpracę zespołów dziecięcych i dorosłych oraz formalne przekazanie odpowiedzialności za dalszą opiekę. Autorki wskazują również na konieczność stworzenia odpowiednich podstaw prawnych, finansowych i sprawozdawczych dla funkcjonowania takiego rozwiązania. Proponowany standard może stanowić punkt wyjścia do uregulowania procesu przejścia pomiędzy systemami w ramach dalszego rozwoju modelu CZP.

Podobnie rozwiązania szczegółowe dotyczące opieki senioralnej i leczenia uzależnień powinny zostać opracowane jako rozwinięcie propozycji dla polskiego systemu, jednak na tym etapie przekraczają zakres niniejszego opracowania.

II.13 Koordynacja CZP i psychiatrii dzieci i młodzieży

Model koordynatora rodziny — siedem kroków



Adnotacja. CM — koordynator opieki, który de facto staje się koordynatorem wsparcia dla rodziny; PTiZ — plan terapii i zdrowienia. Źródło: opracowanie własne.

Skuteczna koordynacja wymaga, aby nie tylko CZP, lecz także współpracujące sektory tj. podstawowa opieka zdrowotna, pomoc społeczna i oświata wdrożyły mierzalne elementy wspólnej ścieżki pacjenta. Wskaźniki tych sektorów powinny być liczone na poziomie tego samego obszaru odpowiedzialności terytorialnej, co zapewnia symetrię i porównywalność

z miernikami CZP. Wzorem pozostaje istniejąca w podstawowej opiece zdrowotnej opieka koordynowana, w której dla wybranych dziedzin wdrożono już ścieżki pacjenta, plany opieki i koordynatora. Pomoc społeczna i oświata nie są przy tym wyłącznie odrębnymi sektorami raportującymi własne mierniki. Są przede wszystkim zasobami obszaru, które CZP uruchamia i włącza w plan terapii i zdrowienia pacjenta. W mniejszych, spójnych obszarach (rzędu kilkudziesięciu tysięcy mieszkańców, z jednym PZK) koordynację może w praktyce zapewniać bezpośredni, osobisty kontakt personelu medycznego ze specjalistami z innych sektorów po wyrażeniu uprzednich zgód pacjenta. Sformalizowane mechanizmy koordynacji zyskują na znaczeniu wraz ze skalą obszaru i liczbą placówek.

Powyższe wątki koordynacji międzysektorowej z pomocą społeczną, oświatą, sądownictwem rodzinnym i psychiatrią dzieci i młodzieży są tu zarysowane w zakresie niezbędnym do opisania procesu leczenia w CZP. Rozdział III rozwija ten wątek: pokazuje architekturę wdrożenia współpracy międzysektorowej krok po kroku oraz ścieżki CZP z pomocą społeczną, edukacją, sądem i rodziną pacjenta.

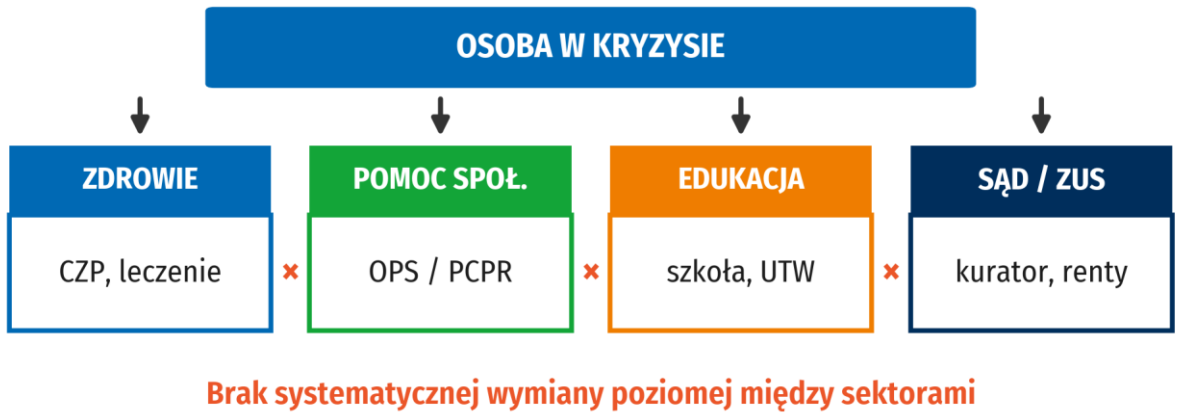
Rozdział III. Wymiar międzysektorowy

Leczenie bez wsparcia społecznego rzadko daje trwały efekt; samo wsparcie społeczne nie wystarcza przy tzw. poważnych zaburzeniach (severe mental disorders). W zdrowiu psychicznym ta zależność jest najsilniejsza. Bez integracji systemu ochrony zdrowia psychicznego z oświatą (dzieci i kontynuujący edukację młodzi dorośli) i pomocą społeczną pacjenci CZP są strukturalnie narażeni na wykluczenie z należnych im świadczeń.

Rowiński i Depukat (2026a) argumentują, że fundamentem reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego musi być troska. Mieszkaniec w kryzysie nie może wędrować samotnie między instytucjami. Potwierdza to WHO (2021b) — skuteczność opieki środowiskowej zależy od współpracy międzysektorowej i formalnych mechanizmów jej koordynacji. Gdy pacjent pełnoletni potrzebuje wsparcia na terenie szkoły ponadpodstawowej, dorosły w kryzysie psychicznym — renty, rodzina — asystenta rodziny, wracający z hospitalizacji psychiatrycznej — mieszkania wspomaganego, przewlekle chory — miejsca w warsztacie terapii zajęciowej (WTZ) albo rodzic potrzebuje terapii dla własnego dziecka — te mechanizmy powinny być wspierające. Naturalnym uzupełnieniem działania CZP jest system opieki dla dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych (18–25/30 lat), który w wielu krajach wyodrębnia się jako osobny obszar o własnych potrzebach. W tym rozdziale uwzględniamy tę perspektywę, oceniając jednocześnie zdolności organizacyjne do jej realnego wdrożenia.

III.1 Cztery silosy, jeden człowiek

osoba w kryzysie wobec czterech równoległych, nieskomunikowanych sektorów



Adnotacja. Cztery równoległe sektory, w których osoba w kryzysie funkcjonuje jednocześnie i niezależnie: zdrowie (CZP, leczenie), pomoc społeczna (ośrodek pomocy społecznej, OPS, i powiatowe centrum pomocy rodzinie, PCPR), edukacja (szkoła, uniwersytet trzeciego wieku, UTW) oraz wymiar sprawiedliwości i zabezpieczenia społecznego (kurator, renty). Znaki „×” oznaczają brak systematycznej wymiany poziomej. Informacja krąży wyłącznie pionowo — między osobą a każdym sektorem z osobna — a decyzje w każdym silosie zapadają bez wiedzy o działaniach pozostałych. Źródło: opracowanie własne.

Rysunek powyżej pokazuje punkt wyjścia. Pacjent funkcjonuje dziś w czterech równoległych „silosach" — zdrowotnym, socjalnym (pomoc społeczna), edukacyjnym oraz wymiaru sprawiedliwości i zabezpieczenia społecznego. Każdy ma własne rejestry, nomenklaturę i tradycję ochrony danych. Strzałki pionowe (od osoby do sektora) istnieją; połączenia poziome — systematyczna wymiana między sektorami — pozostają dziś fragmentaryczne i rozproszone (np. Niebieska Karta, zespoły interdyscyplinarne, mieszkańcy DPS-ów), bez spójnej podstawy wymiany danych i finansowania. Rozdział pokazuje, jak wykorzystać istniejące już w prawie połączenia poziome — w większości wdrażalne już na etapie pilotażu, bez wielkiej zmiany ustaw.

3.1. Architektura wdrożenia współpracy międzysektorowej

W propozycji Białej Księgi podstawą organizacji współpracy międzysektorowej jest Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia (CIKW), opisane w rozdziale IV. To najbardziej konkretna propozycja instytucjonalna stabilizująca współpracę: zespół funkcjonalny tworzony w obszarze odpowiedzialności terytorialnej CZP, zapewniający spójne wsparcie osób w kryzysie przez różne instytucje publiczne.



Adnotacja. Każde porozumienie międzysektorowe wymaga jednoczesnych uzgodnień w trzech warstwach: merytorycznej (jak współpracować — wspólne cele, standard kontaktu, zasady pracy zespołowej), prawno-danych (na jakiej podstawie wymieniać dane — podstawy prawne, zakres i minimalizacja informacji) oraz operacyjno-finansowej (kto to robi i kto płaci — podział zadań, kadry, źródła finansowania). Pominięcie którejkolwiek warstwy unieważnia pozostałe. Bez podstawy prawnej wymiana danych nie ruszy mimo dobrej woli stron, a bez finansowania standard kontaktu pozostaje deklaracją. Źródło: opracowanie własne.

Współpraca CZP z każdym sektorem ma trzy warstwy. Pierwsza pyta, jak ma wyglądać współpraca; druga — na jakiej podstawie wymieniać dane; trzecia — kto to robi i z czego jest finansowany. Rozdzielenie warstw jest konieczne, bo polskie reformy systemu ochrony

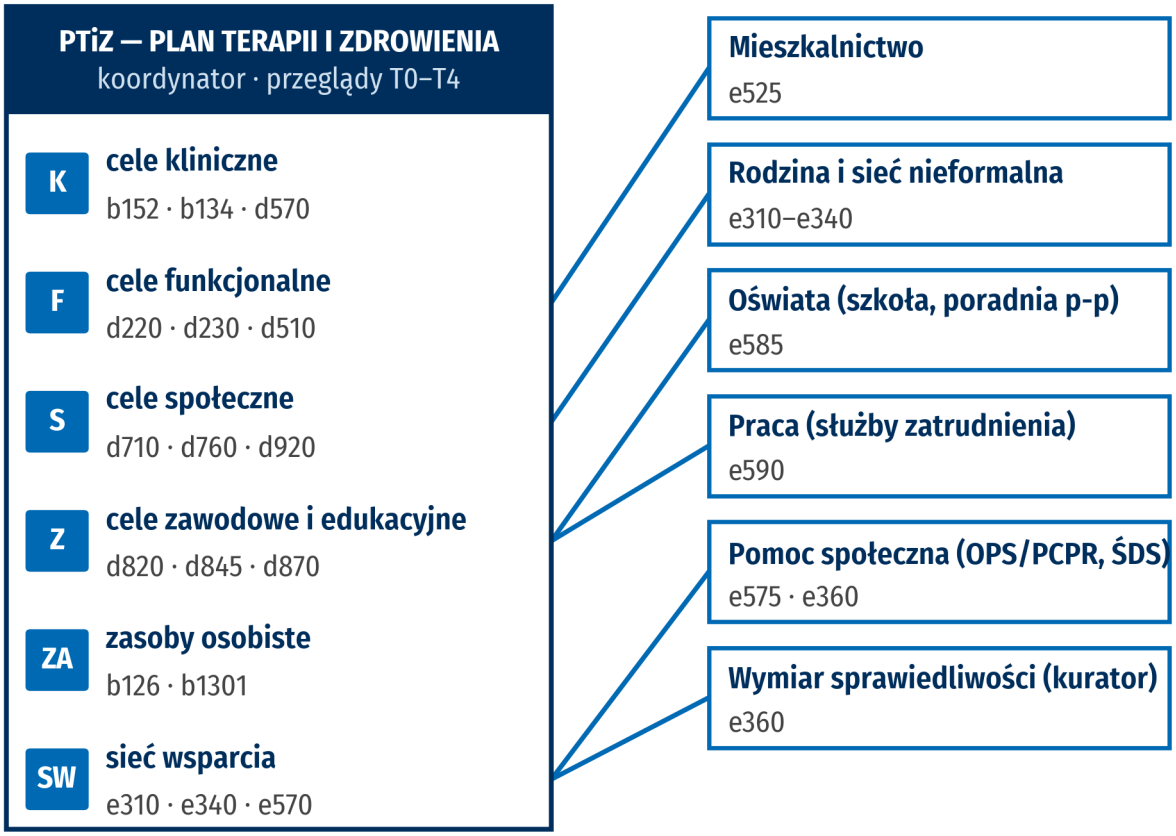
zdrowia psychicznego mają zwykle dobry opis merytoryczny, ale brak podstawy prawnej i adekwatnej źródła finansowania. Najbardziej zaniedbana jest warstwa druga, dotycząca wymiany danych. Bez twardej podstawy ustawowej kierownicy CZP, OPS i poradni blokują wymianę informacji nawet tam, gdzie służyłaby pacjentowi.

CIKW zastępuje w pewnym sensie pierwotną propozycję Powiatowych Rad Zdrowia Psychicznego, które nie ugruntowały się w praktyce samorządów. W bardziej funkcjonalnej propozycji Białej Księgi zachowuje się obowiązkowe członkostwo osoby z doświadczeniem kryzysu, ale zmienia charakter z doradczego na operacyjno-zadaniowy. Skład jest celowo szeroki, tj. przedstawiciel CZP, OPS i PCPR, szkoła/PPP, PUP, przewodniczący zespołów kuratorskich, osoba z doświadczeniem kryzysu, asystent zdrowienia, przedstawiciele lokalnej sieci NGO. Z perspektywy CZP oraz współpracy międzysektorowej CIKW ma trzy zasadnicze cele, aby współpraca międzysektorowa była bezpieczna i służyła mieszkańcom:

1. ustalanie zasad współpracy (przegląd powinien się odbywać co dwa lata),
2. monitorowanie jakości (liczba pacjentów z PTiZ, czas reakcji partnerów, hospitalizacje do uniknięcia — raport roczny) oraz
3. rozwiązywanie konkretnych problemów we współpracy na poziomie lokalnym.

III.3 PTiZ — jeden plan, wiele sektorów

cele planu terapii i zdrowienia mapowane na domeny ICF; kody „e" jako łączniki do sektorów



Adnotacja. ICF — Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (WHO): kody b — funkcje organizmu, d — aktywność i uczestnictwo, e — czynniki środowiskowe. Sześć obszarów celów PTiZ powstaje z profilu ICF wypełnianego w PZK; kody na rycinie są przykładowe — pełny zestaw zawiera karta oceny podstawowej (15 pozycji b, 8 d, 13 e). Czynniki środowiskowe ocenia się dwukierunkowo (od −4 bariera do +4 ułatwienie), więc każdy łącznik sektorowy może być zasobem albo przeszkodą. Plan przewiduje działanie w obu sytuacjach. Kontakt z sektorem uruchamia koordynator, a nie klinicysta, przekazując wyłącznie minimum informacji niezbędne dla zadania. Pomiary efektów: T0 (kwalifikacja), T1 (4–6 tygodni), T2 (3 miesiące), T3 (6 miesięcy), T4 (12 miesięcy).

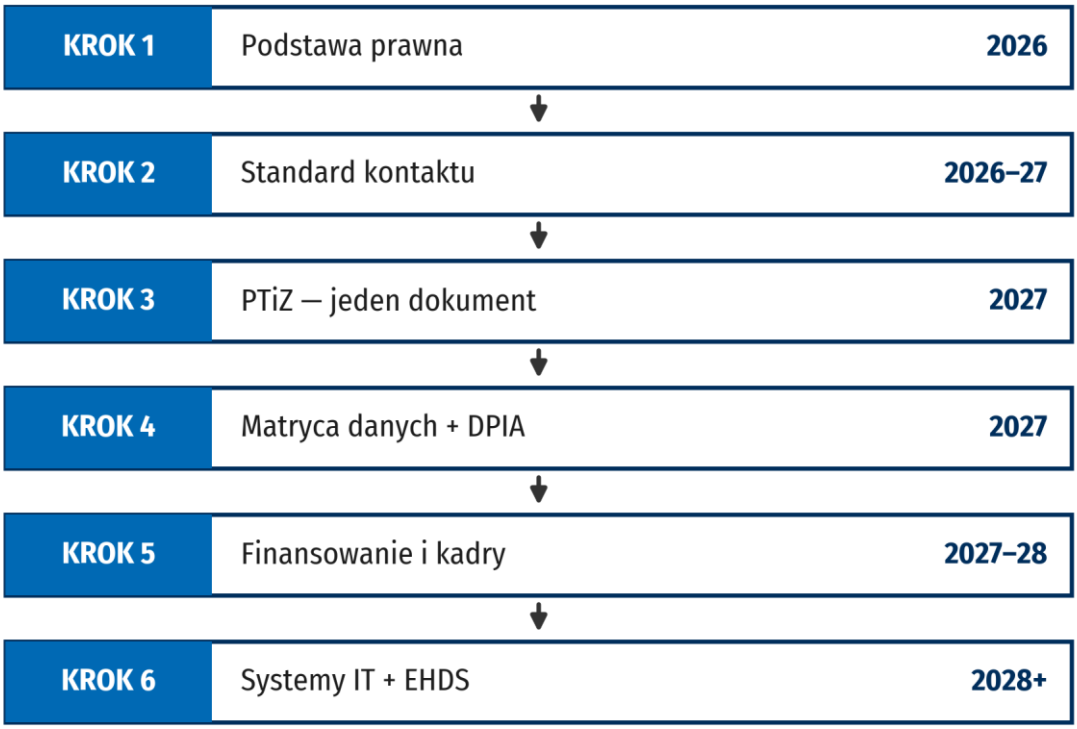
Centralnym dokumentem koordynującym jest Plan Terapii i Zdrowienia (PTiZ): jeden plan łączący leczenie pacjenta w kilku sektorach (zdrowie, pomoc społeczna, edukacja, wymiar sprawiedliwości i zabezpieczenie społeczne), inicjowany przez koordynatora opieki i aktualizowany co rok. Indywidualne plany leczenia (różnie nazywane) istnieją już w sektorze ochrony zdrowia. Wymóg sporządzania PTiZ przewidują już standardy zaproponowane w pilotażu. W wymiarze międzysektorowym rozszerza się go o pola łączące pozostałe trzy sektory, zamiast tworzyć obok niego odrębny, dodatkowy dokument.

Wdrożenie współpracy międzysektorowej przebiega w sześciu krokach, z których każdy otwiera następny. Bez podstawy prawnej (Krok 1) nie ma standardu kontaktu (Krok 2); bez

standardu — PTiZ (Krok 3); bez PTiZ — matrycy danych (Krok 4); bez matrycy — ewaluacji współpracy i dostosowania systemów IT (Kroki 5–6).

III.4 Sześć kroków — każdy otwiera następny

sekwencja wdrożenia wymiaru międzysektorowego



Adnotacja. Kolejność kroków jest wiążąca — każdy otwiera następny. Bez podstawy prawnej (krok 1) nie ma standardu kontaktu (krok 2), bez standardu — PTiZ (krok 3), bez PTiZ — matrycy danych (krok 4), bez matrycy — ewaluacji współpracy i dostosowania systemów IT (kroki 5–6). Numeracja oznacza więc następstwo warunków, a nie równoległe zadania. Źródło i objaśnienia: opracowanie własne. PTiZ — plan terapii i zdrowienia; EHDS — Europejska Przestrzeń Danych Zdrowotnych; DPIA — ocena skutków dla ochrony danych (RODO art. 35); OWU — Ogólne Warunki Umów NFZ; FERS — Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027.

Model koordynacji rodzinnej, zapowiedziany w rozdziale II, wymaga na poziomie obszaru dwóch rozstrzygnięć organizacyjnych. Obok wspólnego planu terapii i zdrowienia rodziny oraz zespołu funkcjonalnego model przewiduje cykliczne sesje koordynacji i konsylia z udziałem specjalistów obu pionów. Wdrożenie różni się w zależności od struktury właścicielskiej: wewnątrz jednego podmiotu funkcję koordynacyjną może pełnić Centrum Koordynacji, spinające zespół pierwszego kontaktu CZP z zespołem diagnostycznym dla dzieci; przy podmiotach odrębnych — zespół międzyinstytucjonalny obejmujący to samo terytorium. W obu wariantach na czas hospitalizacji rola koordynatora rodziny czasowo przechodzi na lekarza prowadzącego, a po wypisie wraca do zespołu ambulatoryjnego. Zmiana miejsca leczenia nie przerywa ciągłości koordynacji.

Wymiar międzysektorowy nie powstaje w próżni. W Działaniu 4.1 PO WER (2017–2023, budżet 226 mln zł) przetestowano czternaście modeli deinstytucjonalizacji usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi (z których jedenaście, dotyczących dorosłych, objęto analizą w Białej Księdze), obejmując wsparciem blisko 19 tys. osób dorosłych i 3,7 tys. niepełnoletnich. Raport ewaluacyjny (EGO s.c. i Ośrodek Ewaluacji, 2022) daje trzy wnioski wprost przekładalne na reformę CZP:

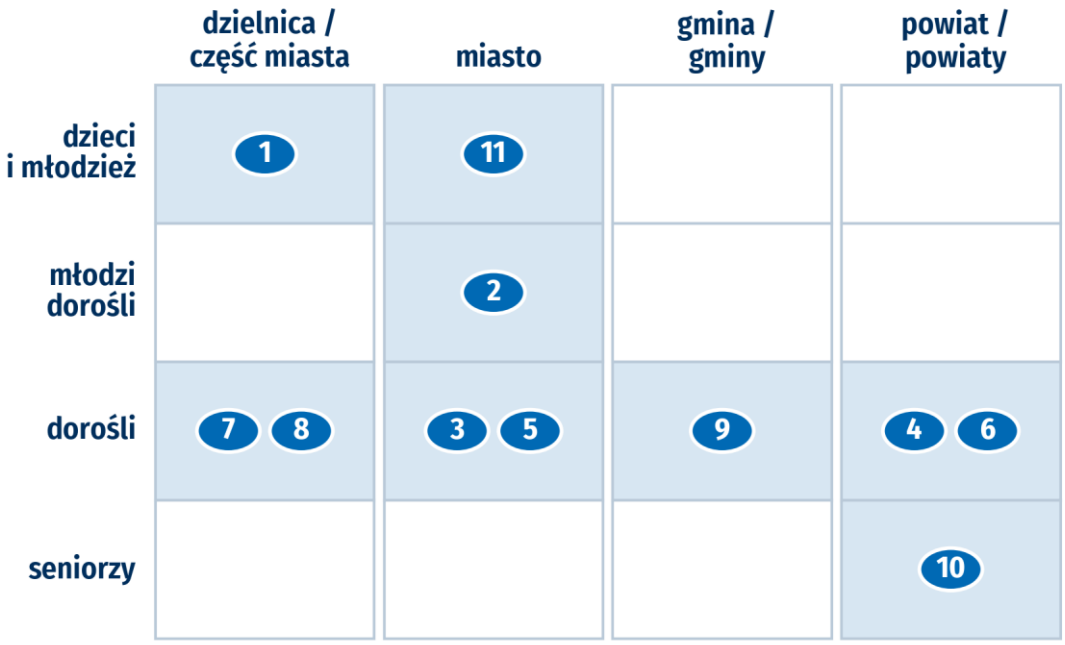
1. skuteczne modele zawierały realne narzędzia koordynacji;
2. dodawały elementy do istniejącego wsparcia zamiast budować równoległe struktury oraz
3. szerzej korzystały z zasobów lokalnych (wolontariusze, NGO, samorząd) — dzisiaj nadal słabo wykorzystywane w CZP.

Przykładem dojrzałego zastosowania takiego podejścia jest gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego, wypracowany w konkursie makroinnowacji PO WER (Działanie 4.1, konkurs POWR.04.01.00-IZ.00-00-002/15, temat „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi"). Model, opracowany w 2016 r. przez Miasto Gdańsk i MOPR z partnerami społecznymi (fundacja FOSA, stowarzyszenie „Przyjazna Dłoń", fundacja „Przystań", CZP Optimmed), zakłada stworzenie „systemu połączeń i współpracy międzyresortowej obejmującej przede wszystkim resort zdrowia, pomoc społeczną, system edukacji, mieszkalnictwo i instytucje rynku pracy" — a więc dokładnie te obszary, które w języku diagnozy funkcjonalnej (ICF) opisują kody czynników środowiskowych. Praktycznymi nośnikami współpracy są w modelu indywidualne plany (postępowania wspierająco-aktywizującego oraz zajęć terapeutycznych), asystent środowiskowy i wspólne standardy usług. Testowane w Gdańsku rozwiązania — od mieszkań wspomaganych po klub integracji społecznej — pokazują, że plan jednostkowy może realnie uruchamiać zasoby czterech sektorów. Pełny dokument modelu „Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi" jest dostępny na power.gov.pl (MOPR Gdańsk, 2016). Raport z testowania różnych modeli wskazał trzy bariery skalowania: wolne zmiany prawne, brak finansowania po zakończeniu projektów UE oraz asekuranckie zamówienia publiczne. Bez ich pokonania reforma CZP powieli los modeli PO WER — świetnych w testowaniu, niewdrożonych w skali kraju.

Modele były wdrażane w różnych strukturach własnościowych (samorząd powiatowy/miejski, marszałkowski szpital SP ZOZ, podmiot leczniczy prowadzony przez NGO, spółka niepubliczna lub publiczna) w różnych warunkach odpowiedzialności terytorialnej i grupy docelowej (od dzielnicy wielkomiejskiej po gminę). Typ lidera nie przesądza o trwałości. Decyduje o niej wpisanie w stałe finansowanie. Najpoważniejszy spór dotyczy umiejscowienia instytucji inicjującej i odpowiedzialnej za tworzenie ram współpracy międzysektorowej. Bez ustawowego rozstrzygnięcia żadna propozycja nie zyska mocy systemowej.

III.5 Jedenaście modeli wsparcia środowiskowego

Polska 2016–2024 — grupa docelowa a skala terytorialna



Adnotacja. Numery 1–11 odpowiadają modelom omówionym w tekście podrozdziału. Model 9 (Ekosystemy) jest uniwersalny wiekowo — w schemacie umieszczono go w wierszu „dorośli". Białe pola macierzy wskazują luki systemowe. Poza pojedynczymi rozwiązaniami brak modeli dla młodych dorosłych i seniorów oraz brak rozwiązań projektowanych na skalę gminy; luka czwarta, metodologiczna, opisana jest w „Uwadze metodologicznej". Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów modelowych i raportów projektu POWR.04.01.00-00-D208/17 oraz materiałów Biura ds. pilotażu NPOZP.

Wszystkie jedenaście modeli łączy trzy elementy: deinstytucjonalizacja (oparcie w miejscu zamieszkania), koordynator prowadzący pacjenta między sektorami oraz indywidualny plan wsparcia. Dwa kolejne — zespół interdyscyplinarny i lokalne ciało partnerskie — występują wszędzie, ale w formie zależnej od grupy docelowej. Autorzy zgodnie podkreślają. Bez sformalizowanego ciała partnerskiego model nie utrzymuje się po projekcie.

Z analizy tych projektów płyną cztery wnioski operacyjne.

1. Standardem minimalnym CZP są trzy elementy — deinstytucjonalizacja, koordynator i PTiZ (w modelach PO WER — indywidualny plan wsparcia; w CZP dokumentem docelowym jest PTiZ). Powinny być uregulowane rozporządzeniem, bez czekania na nowelizację. Skład CIKW oraz jego forma osadzenia w społeczności lokalnej wymagają uwzględnienia istniejących różnic i zasobów lokalnych.
2. Potencjalna skala wdrożenia CZP w całej Polsce wymaga uwzględnienia trzech wariantów zarządzania lokalnego: powiatowy (optymalnie ok. 100 tys. mieszkańców — pełny CZP) z uwzględnieniem roli gmin wchodzących w skład powiatu; wielkomiejski (dzielnice z odrębnymi CZP) z uwzględnieniem specyfiki powiatów

obwarzankowych wokół wielkich metropolii oraz wariant, w którym odpowiedzialność za populację jest powierzona dwóm podmiotom leczniczym.

3. Specyfika potrzeb populacyjnych jest oczywista. Każdy powiat powinien być objęty — w granicach odpowiedzialności terytorialnej — usługami CZP dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży, a programy specjalistyczne w CZP (np. psychogeriatria, podwójna diagnoza) powinny być określane na poziomie województwa lub klastra powiatów. Największą luką jest brak modeli dla seniorów — przy prognozie, według której wskaźnik obciążenia demograficznego (liczba osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20–64 lata) ma wzrosnąć z 34 w 2024 r. do 68 w 2054 r. (OECD), staje się to wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia psychicznego.
4. Stan zasobów psychogeriatrycznych pokazuje skalę tej luki. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (komórki o kodzie resortowym 4712, wpisy czynne, stan na 2026 r.) wykazuje w województwie pomorskim dwa oddziały psychogeriatryczne i łącznie 26 łóżek — z czego 25 w jednym oddziale, w Starogardzie Gdańskim (Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana). Drugi wpis, Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku, obejmuje jedno łóżko. Nie jest to błąd rejestru — ten sam zapis pojawia się w obu niezależnych zrzutach RPWDL — lecz oznacza, że oddział psychogeriatryczny funkcjonuje tam jako formalnie wyodrębniona komórka rozliczeniowa przy oddziale ogólnopsychiatrycznym (kod 4700, 39 łóżek), a nie jako wydzielony zasób łóżkowy. Potwierdza to wartość kontraktu, nieproporcjonalna do jednego łóżka: z 4,70 mln zł kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychogeriatryczne w województwie w 2025 r. na Starogard Gdański przypadło ok. 3,65 mln zł, a na Lębork — ok. 1,06 mln zł (rejestr umów NFZ, 2025). Kontrakt lęborski rośnie przy tym najszybciej w województwie — z 0,72 mln zł w 2024 r. do 1,06 mln zł w 2025 r., czyli o niemal połowę rok do roku, podczas gdy w Starogardzie Gdańskim wzrost wyniósł ok. 8% (z 3,38 mln zł do 3,65 mln zł). Płatnik finansuje w Lęborku opiekę psychogeriatryczną w rosnącej skali, mimo braku wydzielonego zasobu łóżkowego. Ograniczeniem nie jest brak finansowania, lecz brak wyodrębnionej struktury opieki nad pacjentami w wieku podeszłym. Realnie wydzielonym oddziałem psychogeriatrycznym dysponuje więc w województwie wyłącznie Starogard Gdański, a w Lęborku opiekę nad pacjentami w wieku podeszłym prowadzi się na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Rozmieszczenie zasobu jest zatem skrajnie skoncentrowane. Wskaźnikowo daje to ok. 1,4 łóżka na 100 tys. dorosłych mieszkańców wobec 3,2 średnio w kraju i trzynastą pozycję w Polsce; w kraju działają 32 czynne oddziały i 993 łóżka, a dwa województwa — śląskie i zachodniopomorskie — nie mają ani jednego oddziału psychogeriatrycznego. Zdrowie psychiczne osób starszych — zasoby, ich rozmieszczenie i powiązanie z modelem CZP — wymaga odrębnej analizy, wykraczającej poza zakres niniejszego opracowania.

5. Przed wdrożeniem krajowym muszą zapaść trzy decyzje: o prawnym umiejscowieniu instytucji odpowiedzialnej za tworzenie warunków współpracy międzysektorowej, o międzysektorowej wymianie danych wrażliwych (niezrealizowanej od 2016 r.) i o trwałym finansowaniu tej współpracy.

Synteza opiera się na dokumentach i raportach projektu POWR.04.01.00-00-D208/17; większość modeli opisywały osoby zaangażowane we wdrożenie, co nakazuje ostrożność wobec wniosków o skuteczności. Polska reforma rozwija dotąd głównie wymiar kliniczny; międzysektorowy pozostaje słabo umocowany prawnie. Skala potrzeb pokazuje, że współpraca z edukacją, pomocą społeczną, rodziną i rynkiem pracy to nie dodatek, lecz warunek skuteczności projektowanych zmian.

3.2. Integracja z pomocą społeczną i przeciwdziałanie nierównościom

Dla pacjentów CZP istotne są trzy mechanizmy o statusie szczególnym: specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO, art. 18 ust. 1 pkt 3), ośrodki wsparcia dla tej grupy — prowadzone przez gminę (art. 18 ust. 1 pkt 5) lub powiat (art. 20 ust. 1 pkt 2) — oraz ośrodki interwencji kryzysowej (art. 19 pkt 12). SUO i ośrodki wsparcia są zadaniami zleconymi z zakresu administracji rządowej, finansowanymi z budżetu państwa (art. 18 ust. 2, art. 20 ust. 2) — co odróżnia je od „ogólnej" pomocy społecznej.

Przy opracowywaniu standardu współpracy w społeczności lokalnej danego CZP należy uwzględnić trzy główne sytuacje:

1. Bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia wymaga uruchomienia właściwej interwencji medycznej, ratowniczej albo policyjnej.
2. Pilny kryzys psychiczny bez bezpośredniego zagrożenia kierowany jest do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego CZP w trybie pilnym.
3. Kryzys o dominującym charakterze społecznym kierowany jest do właściwego OPS/CUS lub ośrodka interwencji kryzysowej, zgodnie z ich kompetencjami. OPS/CUS nie zastępuje podmiotu leczniczego ani systemu ratownictwa medycznego.

Wspólne działania terenowe wymagają wskazania podmiotu prowadzącego interwencję, podziału ról oraz zasad bezpieczeństwa pracowników.

Tabela 8. Interfejsy międzysektorowe CZP

Kiedy uruchamia się współpraca i jaki akt prawny jej dotyczy

Relacja	Sytuacja uruchomienia	Akt prawny do zmiany
CZP–OPS/PCPR	wsparcie bytowe, SUOZ, mieszkanie, praca socjalna	u.o.p.s. art. 18–20; u.o.z.p. art. 3 i nowy art. 5g
CZP–ŚDS/SUOZ	pacjent po hospitalizacji — rehabilitacja społeczna	rozporządzenia MRPiPS o ŚDS i SUOZ
CZP–PPP/ szkoła (18+)	pełnoletni uczeń z historią wsparcia psych.-pedagog.	Prawo oświatowe; rozp. MEN/MZ o przejściu
CZP–CKU/CKZiU	przekwalifikowanie zawodowe po kryzysie	Prawo oświatowe — kształcenie ustawiczne
CZP–PUP/ PFRON/ WTZ/ ZAZ	pacjent zdolny do pracy w warunkach dostosowanych	ustawa o rynku pracy; ustawa o PFRON; model IPS
CZP–NPP	sprawa mieszkaniowa, zadłużenie, opieka nad dzieckiem	ustawa o NPP art. 4 ust. 2
CZP–kurator/ sąd	dozór, sprawa rodzinna, leczenie z postanowienia sądu	ustawa o kuratorach; k.r.o. art. 109; u.o.z.p.
CZP–UTW/ seniorzy	profilaktyka depresji i izolacji; psychogeriatria środow.	u.s.g. art. 7; rozporządzenie koszykowe
CZP–rodzina/ opiekunowie	poważne zaburzenie i obciążenie rodziny	u.o.z.p. art. 3; rozporządzenie koszykowe MZ
CZP–CIKW	stałe forum monitorowania jakości (min. raz na kwartał)	u.o.z.p. — nowy art. 5f

Adnotacja. Tabela zestawia dziesięć relacji międzysektorowych CZP z podmiotami spoza systemu ochrony zdrowia: kolumna środkowa wskazuje sytuację uruchamiającą współpracę, kolumna prawa — akt prawny wymagający zmiany lub wydania. Wiersz CZP–CIKW dotyczy stałego forum monitorowania jakości współpracy, opisanego w rozdziale IV. Źródło: opracowanie własne."

Systemy informatyczne obu sektorów (P1 prowadzony przez Centrum e-Zdrowia oraz POMOST/CAS w pomocy społecznej) pracują niezależnie, bez wspólnej tożsamości pacjenta. Niemniej w leczeniu „wspólnych" mieszkańców w CZP można już teraz planować wspólną ścieżkę wsparcia z wykorzystaniem dostępnych narzędzi prawnych. Opiera się ona na trzech elementach:

1. Koordynator opieki CZP jako osoba wyznaczona do współpracy z pracownikiem socjalnym;
2. Matryca wymiany danych z obowiązkiem powiadamiania o zdarzeniach (hospitalizacja, kryzys, zakończenie świadczenia);
3. Uzgodniony plan wsparcia jako część planu terapii i zdrowienia, kontrakt socjalny powiązany z planem terapii, organizowanie konsylium i współpraca oraz rozwiązywanie problemów w koordynacji na forum CIKW.

Zakres danych przekazywanych w konkretnej sprawie określa matryca wymiany informacji, wskazująca: cel przekazania, kategorię danych, podstawę prawną, uprawnionego odbiorcę, sposób odnotowania udostępnienia oraz okres niezbędnego przetwarzania. Przekazuje się wyłącznie informacje konieczne do wykonania uzgodnionego zadania. Zasady dotyczące zgody pacjenta, jej cofnięcia oraz przypadków działania bez zgody muszą wynikać wprost z właściwej podstawy prawnej.

Jeżeli przed planowanym wypisem z hospitalizacji albo zakończeniem intensywnej formy leczenia zidentyfikowano potrzebę wsparcia społecznego, koordynator CZP — za zgodą pacjenta — inicjuje kontakt z właściwym OPS/CUS/PCPR przed wypisem, w miarę możliwości nie później niż 3 dni robocze przed planowanym zakończeniem hospitalizacji. Jeżeli wcześniejszy kontakt nie był możliwy, informacja powinna zostać przekazana niezwłocznie, nie później niż w następnym dniu roboczym. Przekazanie informacji służy rozpoczęciu koordynacji i nie jest równoznaczne z przyznaniem świadczenia lub usługi pomocy społecznej.

Po dłuższym leczeniu pacjenci często mają lukę kompetencyjną wobec rynku pracy: choroba przerwała edukację, hospitalizacja wyłączyła z rytmu, nawroty utrudniły utrzymanie zatrudnienia. System kształcenia ustawicznego (CKU, CKZiU, uniwersytety otwarte, kursy dla dorosłych) ma na to odpowiadać, ale dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest dziś trudno dostępny — z trzech powodów: finansowego (kursy płatne, niskie dochody/renta), pedagogicznego (programy nieprzystosowane do deficytów poznawczych) i informacyjnego (placówki nie wiedzą, jakim klientem jest pacjent CZP). Dlatego każde CZP powinno mieć przypisaną co najmniej jedną placówkę z obszaru rynku pracy jako partnera, do którego kieruje pacjentów, jeżeli ocena funkcjonalna wskazuje na taką potrzebę.

Istotne staje się wskazanie, kiedy CZP uruchamia współpracę międzysektorową i jak postępuje, gdy pacjent wyraża zgodę na wymianę danych albo jej odmawia. Przy braku zgody obowiązuje tryb minimum (dane zagregowane/zanonimizowane) z wyjątkiem bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Dane zagregowane mają służyć monitorowaniu lokalnej współpracy i ocenie potrzeb rozwoju określonych zasobów.

Minimalny standard kontaktu CZP–OPS/PCPR może opisywać następujące elementy:

1. Sytuacje, w których należy uruchomić współpracę międzysektorową, tj. Potrzeba suo, ryzyko utraty mieszkania, brak środków do życia, przemoc, brak opiekuna, potrzeba pracy socjalnej lub śds;

2. Osoby odpowiedzialne za jej inicjowanie: koordynator opieki lub inna wskazana przez kierownika czp osoba (nie klinicysta);
3. Dozwolony katalog informacji przekazywanych w toku współpracy, w tym pesel, status w czp, koordynator opieki, ostatnia hospitalizacja czy ogólne cele leczenia. Ten sam katalog powinien definiować, czego nie można przekazywać, tj. Pełnej historii choroby, rozpoznań, jakiejkolwiek informacji klinicznej chronionej prawnie – pomimo zgód udzielonych przez pacjenta;
4. Warunki monitorowania współpracy, np. Obowiązkowy przegląd w określonym terminie lub po zdarzeniu krytycznym (hospitalizacja, kryzys, zakończenie świadczenia);
5. Techniczny sposób rejestracji: każdy kontakt odnotowany — kto, kiedy, w jakim zakresie, na jakiej podstawie podejmował rozmowy z przedstawicielami instytucji współpracujących.

Szersza wymiana danych pomiędzy instytucjami niesie trzy ryzyka — naruszenia prywatności i stygmatyzacji (zwłaszcza w małych społecznościach), wykorzystania danych jako narzędzia nadzoru oraz asymetrii (CZP raportuje do OPS więcej niż odwrotnie). Minimalizowanie tych ryzyk polega głównie na wdrożeniu tzw. zgody warstwowej (pacjent kontroluje, które kategorie trafiają do OPS i CZP), zasady minimalizacji przetwarzanych informacji pod kątem realizacji celu terapeutycznego (dane wyłącznie do świadczeń wspierających, nigdy ograniczających) oraz wzajemności prawnej (symetryczny obowiązek, ocena jakości przez CIKW).

3.3. Integracja z sektorem edukacji – pełnoletni uczniowie

Edukacja pełni dla pacjentów CZP trzy funkcje: kontynuację wsparcia po 18 r.ż., kształcenie ustawiczne dostosowane do zmieniających się zdolności poznawczych oraz programy dla seniorów (m.in. uniwersytety trzeciego wieku, UTW). System wsparcia dzieci i młodzieży opiera się na poradni psychologiczno-pedagogicznej i pomocy udzielanej w szkole ponadpodstawowej. Przejście z systemu wsparcia dla niepełnoletnich do systemu opieki dla dorosłych jest wyzwaniem systemowym. Okres 18–25 lat jest klinicznie „krytycznym oknem". Pojawiają się wówczas pierwsze epizody psychotyczne, nasilają się depresja i lęk powiązane z niepowodzeniami wczesnej dorosłości.

Modele międzynarodowe (TRACK, MILESTONE, Headspace, Jigsaw) pozwalają sformułować pięć zasad standardu przejścia:

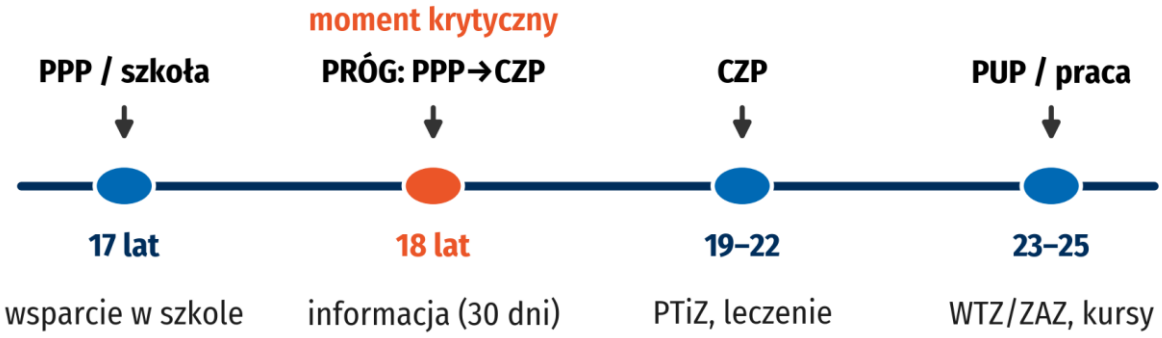
1. Transfer informacji zapewniający kontynuację opieki — w warunkach szkoły ponadpodstawowej: obowiązek przekazywania informacji na wniosek pełnoletniego ucznia (kryterium „transferu informacji" w badaniu TRACK — Singh i in., 2010; Signorini i in., 2018);
2. Prawne uregulowanie standardu współpracy szkoły ponadpodstawowej z CZP dla pełnoletnich uczniów objętych opieką CZP zgodnie z odpowiedzialnością

terytorialną (zalecenie sformalizowanych protokołów przejścia między służbami — NICE NG43, 2016; Signorini i in., 2018);

3. Wspólny program szkoleniowy specjalistów obu systemów (NICE NG43, 2016; Signorini i in., 2018);
4. Planowanie przejścia z wyprzedzeniem, z udziałem młodej osoby i — za jej zgodą — rodziny, z momentem przejścia dostosowanym rozwojowo, a nie wyłącznie metrykalnie (NICE NG43, 2016; elastyczne granice wieku w modelach *youth mental health* — McGorry i in., 2013);
5. Okres opieki równoległej obu systemów i spotkanie przekazujące domykające przejście — samo przesłanie dokumentacji nie wystarcza (kryteria „opieki równoległej" i „planowania przejścia" — Singh i in., 2010; Signorini i in., 2018).

III.7 Ścieżka młodego dorosłego (17–25 lat)

od wsparcia szkolnego do rynku pracy — próg 18 lat jako moment krytyczny przejścia



Adnotacja. Oś odwzorowuje wiek, a nie czas trwania opieki: wyróżniony kolorem próg 18 lat to moment, w którym opieka nie zmienia się merytorycznie, lecz zmienia się instytucja odpowiedzialna, a wraz z nią podstawa prawna przekazania informacji. Termin 30 dni dotyczy przekazania informacji ze szkoły lub poradni psychologiczno-pedagogicznej do CZP na wniosek pełnoletniego ucznia. Źródło: opracowanie własne.

Współpraca z systemem oświaty. Dla młodych dorosłych szkoła jest — obok rodziny — najważniejszym środowiskiem, w którym kryzys psychiczny staje się widoczny, zanim trafi do systemu ochrony zdrowia. Uczniowie pełnoletni pozostają w szkołach ponadpodstawowych, centrach kształcenia i szkołach policealnych, a wychowawca, pedagog i psycholog szkolny są często pierwszymi osobami, które dostrzegają wycofanie, absencję lub załamanie funkcjonowania. Standard współpracy CZP ze szkołą powinien więc obejmować: wyznaczoną osobę łącznikową po obu stronach, tryb kontaktu w sprawie pełnoletniego ucznia wyłącznie za jego zgodą oraz wspólne ustalenie warunków kontynuowania nauki w trakcie leczenia — z wykorzystaniem istniejących narzędzi prawa oświatowego, takich jak zindywidualizowana ścieżka kształcenia czy nauczanie indywidualne. Celem nadrzędnym jest utrzymanie ucznia w roli ucznia. Przerwanie edukacji

w epizodzie kryzysu jest jednym z najsilniejszych mechanizmów wykluczenia i najtrudniej odwracalnych strat.

Drugim filarem jest oświata dorosłych jako narzędzie zdrowienia. Centra kształcenia ustawicznego i zawodowego (CKU/CKZiU), licea dla dorosłych i kwalifikacyjne kursy zawodowe pozwalają dokończyć przerwaną edukację lub przekwalifikować się po kryzysie — w trybie, który da się pogodzić z leczeniem. Działanie edukacyjne powinno być jawnym polem Planu Terapii i Zdrowienia: koordynator opieki, za zgodą pacjenta, inicjuje kontakt z placówką i uzgadnia realistyczne tempo nauki, a postęp edukacyjny jest omawiany na przeglądach PTiZ tak samo, jak farmakoterapia czy psychoterapia. Sekwencja „uzupełnienie kwalifikacji → zatrudnienie wspomagane" łączy ten wątek z aktywizacją zawodową dla części pacjentów. To właśnie szkoła dla dorosłych, a nie urząd pracy, jest pierwszym bezpiecznym krokiem powrotu do ról społecznych. W składzie Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia powinien z tego powodu zasiadać przedstawiciel oświaty dorosłych, a nie wyłącznie szkoły ponadpodstawowej.

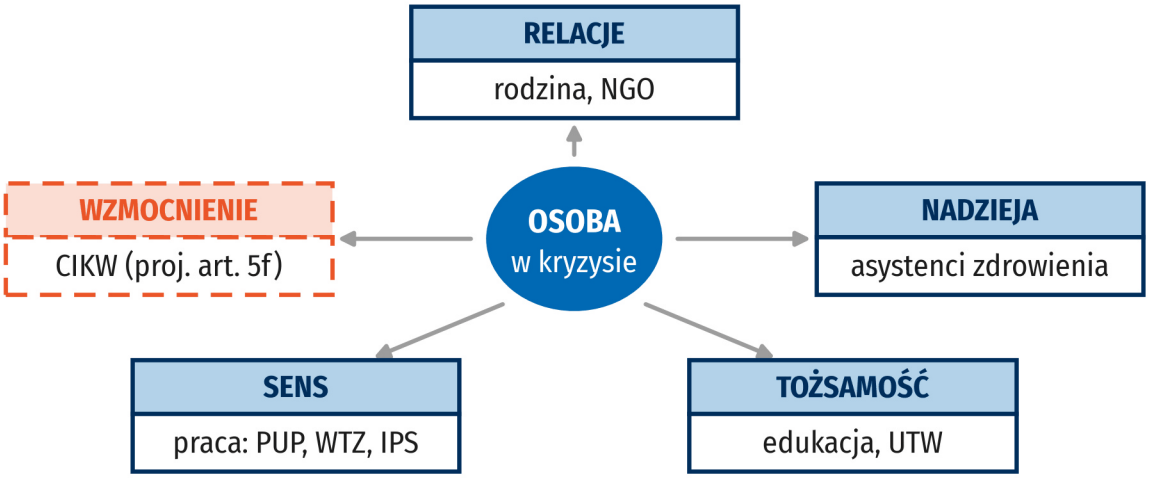
Trzeci wątek to poradnie psychologiczno-pedagogiczne i luka przejścia. Wsparcie PPP wygasa wraz z zakończeniem nauki, a żaden przepis nie daje dziś podstawy przekazania CZP nawet syntetycznej informacji o wieloletniej pracy poradni z uczniem. Tymczasem to często jedyna udokumentowana historia trudności psychicznych młodego dorosłego. Docelowe rozwiązanie ustawowe opisuje propozycja nr 6 pakietu legislacyjnego (przekazanie informacji przejściowej na wniosek pełnoletniego ucznia; zob. rozdział VI). Do czasu zmiany prawa możliwy jest protokół dobrowolny. Uczeń kończący 18 lat składa w poradni wniosek, a poradnia przekazuje do CZP kartę przejścia — jednostronicową syntezę form wsparcia, mocnych stron i rekomendacji, bez pełnej dokumentacji badań. Pilotaż takiego protokołu w dwóch–trzech powiatach województwa pomorskiego, z prostym wskaźnikiem (odsetek uczniów z historią PPP, którzy w ciągu 12 miesięcy od osiągnięcia pełnoletności zgłaszają się do CZP z kartą przejścia), pozwoliłby przetestować mechanizm przed jego ustawowym umocowaniem.

3.4. Partycypacja i aktywizacja zawodowa

Rekomendacje WHO zalecają, aby osoby z doświadczeniem kryzysu były nie tylko biorcami świadczeń, lecz pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego i gospodarczego. Rowiński i Depukat (2026a) opisują model troski inkluzywnej. Priorytetem jest wyposażenie osoby w zasoby do samostanowienia i pełnego uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności. Wyrasta on z modelu CHIME: *Connectedness* (więzi), *Hope* (nadzieja), *Identity* (tożsamość), *Meaning* (sens), *Empowerment* (wzmacnianie) (Leamy i in., 2011) i jest zgodny z pięcioma zasadami transformacji systemów zdrowia psychicznego (Patel i in., 2023).

III.8 Pięć obszarów uczestnictwa (CHIME)

zasoby lokalne obszaru CZP przypisane procesom zdrowienia; pole przerywane — rozwiązanie projektowane



Adnotacja. CHIME — pięć procesów zdrowienia osobistego wg przeglądu systematycznego Leamy i in. (2011): *Connectedness* (relacje), *Hope* (nadzieja), *Identity* (tożsamość), *Meaning* (sens), *Empowerment* (wzmocnienie). Rycina przypisuje każdemu procesowi zasoby dostępne w obszarze działania CZP: rodzinę i organizacje pozarządowe, asystentów zdrowienia, edukację (w tym UTW) oraz instytucje rynku pracy (PUP, WTZ, zatrudnienie wspomagane IPS). Pole „Wzmocnienie" oznaczono linią przerywaną. Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia to rozwiązanie zaprojektowane i umocowane w proponowanym art. 5f u.o.z.p. Źródło: opracowanie własne na podstawie Leamy i in. (2011).

Praca jest dla pacjentów CZP źródłem tożsamości, struktury dnia i poczucia sensu. Strukturę aktywizacji tworzą ustawa o rynku pracy (Dz.U. 2025 poz. 620), PFRON, ZAZ i WTZ — ale dostęp blokuje kilka mechanizmów.

Pierwsza bariera wiąże się z systemem orzecznictwa — pacjent przechodzi trzy równoległe ścieżki (PZON, ZUS, niekiedy KRUS), każda według własnych kryteriów, bez wymiany informacji. Istotne jest, aby lekarze z CZP mogli uczestniczyć w orzekaniu o niepełnosprawności z przyczyn psychicznych oraz aby ustalono lokalnie jednolite zaświadczenie akceptowane we wszystkich procedurach. Drugą barierą jest, paradoksalnie, utrata uprawnień przy zatrudnieniu. Pacjent CZP na rencie socjalnej, który podejmie pracę powyżej określonego progu przychodów, traci rentę z miesiąca na miesiąc. Aktualny system wymusza więc postawę bierności. Reforma orzecznictwa powinna zatem ujmować cele zdrowienia CZP, np. zachowanie uprawnień rentowych przez pierwszy rok zatrudnienia w programie rehabilitacji powiązanym z CZP.

Trzecią barierą jest słaba lub znikoma współpraca pomiędzy CZP a powiatowymi urzędami pracy. Współpraca jest możliwa w aktualnych przepisach, jednak wymaga tworzenia jej mechanizmów przez lokalnych decydentów. Współpraca z organizacjami pracodawców, w tym lokalnymi, jest obarczona dodatkowymi ograniczeniami, m.in. stygmatyzacją osób po kryzysie psychicznym. Inicjatywy takie jak pomorska pozostają jednak wyjątkiem.

Pracodawcy Pomorza przyjęli 26 maja 2026 r. apel „Pomorskie Firmy Wolne od Nikotyny" oraz „Kodeks postępowania pracodawcy w zakresie inkluzji osób neuroatypowych". Powrót do pracy może więc opierać się na zorganizowanym środowisku pracodawców, nie tylko na instytucjach publicznych. Doświadczenie pilotażowego obszaru w powiecie kościerskim potwierdza tę ścieżkę. Spotkania z lokalnymi pracodawcami budują poszanowanie dla osób po kryzysie psychicznym i tolerancję dla uzasadnionych, długich zwolnień, a bezpośrednia współpraca CZP z powiatowym urzędem pracy — wydzielony pokój przyjęć dla pacjentów CZP, udział pracownika CZP ze znajomością rynku pracy, zatrudnienie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (kod F) u lokalnych pracodawców z branży usługowej — pokazuje, że model jest wykonalny bez czekania na rozwiązania systemowe. Więcej rozwiązań można znaleźć w dokumencie „Pomorski Model Wsparcia Osób z Problemami Zdrowia Psychicznego (18–30 lat) Wchodzących na Rynek Pracy" będącym załącznikiem nr 1 do niniejszego opracowania.

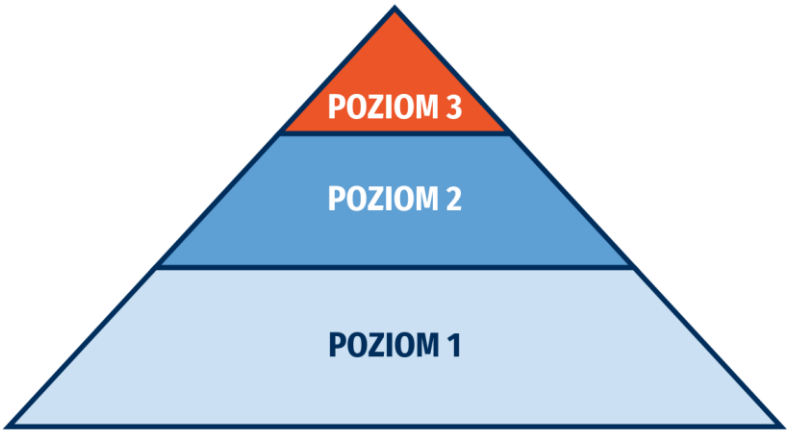
Czwartą barierą jest brak systemowych uregulowań związanych z asystencją osobistą jako instrumentem PTiZ. Projekt ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami (druk sejmowy nr 1929 z 4 listopada 2025 r.) przewiduje wprowadzenie świadczenia asystencji dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności; dla pacjentów CZP (zwłaszcza gdy wojewódzkie zespoły ds. orzekania przyznają poziom potrzeby wsparcia co najmniej 80 punktów) asystencja może mieć istotne znaczenie dla aktywizacji zawodowej. Koordynator opieki powinien mieć uprawnienie do zainicjowania wniosku o asystencję — za zgodą pacjenta — i monitorowania jej jako elementu PTiZ. Wymagałoby to aktualizacji wytycznych MRPiPS i wpisu koordynatora opieki w CZP do katalogu instytucji współpracujących.

3.5. Kontekst rodzinny pacjentów

Kontekst zdrowienia pacjentów CZP obejmuje dwa wątki, które warto rozdzielić. Pierwszy dotyczy tego, w jaki sposób CZP pracuje z rodziną pacjenta — osobami bliskimi, które często same doznają obciążenia psychicznego. Drugi dotyczy tego, jak CZP postępuje, gdy jego dorosły pacjent jest rodzicem małoletniego dziecka i ma pod swoją opieką osoby całkowicie zależne od niego.

III.9 Trzy poziomy interwencji wobec rodziny

model opieki stopniowanej: im wyższy poziom, tym mniej rodzin go potrzebuje



POZIOM 1 — psychoedukacja (wszystkie rodziny)
POZIOM 2 — terapia rodzinna i wsparcie opiekuna (część rodzin)
POZIOM 3 — interwencja: przemoc, małoletnie dzieci (rzadko)

Adnotacja. Model opieki stopniowanej wobec rodziny pacjenta: poziom 1 — psychoedukacja oferowana wszystkim rodzinom; poziom 2 — terapia rodzinna i wsparcie opiekuna dla części rodzin, u których obciążenie tego wymaga; poziom 3 — interwencja w sytuacjach przemocy lub zagrożenia dobra małoletnich dzieci, statystycznie rzadka. Źródło: opracowanie własne.

Piramida ma także wymiar praktyczny dla zespołów CZP: obawa, że praca z rodziną oznacza dla każdego klinicysty odpowiedzialność za wykrywanie przemocy i procedury ochrony dzieci, nie znajduje potwierdzenia w proporcjach modelu. Zdecydowana większość kontaktów z rodzinami to poziom pierwszy. Jest to psychoedukacja, którą prowadzi się w zakresie zwykłych kompetencji zespołu. Poziom trzeci jest rzadki, ma jasno zdefiniowane progi wejścia (przemoc, małoletnie dzieci) i uruchamia istniejące, sformalizowane ścieżki — Niebieską Kartę, zawiadomienie sądu opiekuńczego (art. 572 k.p.c.), zespół interdyscyplinarny — w których CZP jest jednym z ogniw, a nie samotnym wykonawcą. Od klinicysty oczekuje się więc czujności i znajomości progu przekazania sprawy, nie zaś eksperckości w interwencji. Tę zapewnia struktura poziomu trzeciego.

Osoba w ciężkim kryzysie jest centrum sieci osób, które na ten kryzys reagują. W fazie ostrej rodzina staje się pierwszą linią opieki — bezsenne noce, telefony do pogotowia, negocjacje o przyjęcie. Dla rodziny obciążenie to nie kategoria teoretyczna, lecz praktyczne pytanie o dostępność pomocy w chwili zagrożenia. Czy jest do kogo zadzwonić, gdy dorosłe dziecko mówi, że nie chce żyć? Dziś rodzina pojawia się w prawie jako pełnomocnik, opiekun nieformalny lub adresat psychoedukacji — ale nie jako podmiot terapii o własnych prawach.

Dlatego Biała Księga proponuje wpisanie do rozporządzenia o standardzie opieki w CZP trzech świadczeń:

1. Psychoedukacja rodziny,
2. Terapia rodzinna/wielorodzinna systemowa (ewentualnie zbliżone formy oddziaływań np. Otwarty dialog) oraz
3. Konsultacja dla opiekuna, tj. świadczenie dostępne dla członka rodziny, nawet jeśli sam pacjent w niej nie uczestniczy.

Ostatni element kwestionuje zasadę „pacjent jest tylko jeden", ale jest niezbędny, by uznać opiekuna za świadczeniobiorcę o własnych prawach. Koordynator opieki powinien — za zgodą opiekuna — przekazać informację o właściwym OPS/CUS/PCPR i, jeżeli jest to potrzebne, zainicjować kontakt w celu rozpoznania sytuacji oraz ustalenia możliwych form wsparcia. O przyznaniu konkretnego świadczenia lub usługi rozstrzyga właściwy organ po zweryfikowaniu ustawowych przesłanek. Asystenta rodziny wskazuje się w tych sytuacjach, w których jego udział wynika z potrzeb rodziny z dziećmi i właściwych przepisów.

Pacjent jako rodzic i opiekun prawny małoletnich

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w rodzinach z małoletnimi jest dobrze udokumentowane. Od 15% do 23% dzieci ma co najmniej jedno z rodziców wymagające leczenia psychiatrycznego (Leijdesdorff i in., 2017; dane brytyjskie dotyczące matek — Abel i in., 2019); od 12% do 45% dorosłych leczących się psychiatrycznie ma pod opieką dziecko poniżej 18 r.ż. (Maybery i Reupert, 2018); dorastanie z rodzicem z zaburzeniami psychicznymi ponad dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego u dziecka (Rasic i in., 2014; Plass-Christl i in., 2017; Weissman i in., 2016). Wykazano jednak także, że wczesne włączenie profilaktyki w rodzinie pacjenta zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń u jego dzieci o 40–50% (Leijdesdorff i in., 2017; Lannes i in., 2021).

Skala rodzin z małoletnimi pod opieką CZP jest niedoszacowana. Gdy dorosły pacjent jest rodzicem, specjaliści mogą stanąć przed dylematem, jak pogodzić ochronę praw rodzicielskich osoby chorej (choroba psychiczna nie odbiera władzy rodzicielskiej; jej ograniczenie wymaga orzeczenia sądu po wyczerpaniu łagodniejszych form) i prawo dziecka do bezpieczeństwa. Dziś sytuację rodziny rozpoznaje w pierwszej kolejności pracownik socjalny, który na podstawie pracy socjalnej, wywiadu i diagnozy sytuacji rodziny ustala potrzebne formy wsparcia, w tym — gdy spełnione są przesłanki ustawowe — wnioskuje o przyznanie asystenta rodziny. Asystent rodziny prowadzi dalszą, ukierunkowaną pracę z rodziną i nie jest podmiotem pierwszej interwencji. Procedurę Niebieskiej Karty uruchamia się w odrębnym trybie ustawowym, przez uprawnione podmioty; poza lokalnymi dobrymi praktykami integracji oddziaływań dzieje się to bez wiedzy CZP i bez koordynacji z nim. Konsekwencją tego może być ograniczenie władzy rodzicielskiej pacjenta przez sąd rodzinny, co poważnie zaburza proces zdrowienia pacjenta.

Koordynator opieki w określonych sytuacjach mógłby pełnić rolę koordynatora rodziny. Wówczas wsparcie wymagałoby uzgodnienia terapii dla całej rodziny ze względu na

przesłanki medyczne. Zespół funkcjonalny (specjaliści dorosłych i dzieci) określałby cele zdrowienia możliwe do osiągnięcia przy współpracy wokół jednej rodziny, ze wspólną odpowiedzialnością za skoordynowane leczenie. Już na etapie triażu w PZK wymagałoby to rejestrowania w dokumentacji, czy pacjent jest rodzicem małoletniego i ma pod swoją opieką osoby zależne. Na etapie terapii, przy poważnych zaburzeniach i małoletnim pozostającym pod opieką pacjenta, kluczowe byłoby badanie ryzyk związanych z sytuacją rodzica, omówienie potencjalnego wsparcia i, za zgodą pacjenta, ustalenie spotkania z pracownikiem socjalnym w OPS/CUS, a gdy rodzina jest już objęta wsparciem asystenta rodziny — także z asystentem. W sytuacjach tego wymagających CZP powinno opracować procedury wnioskowania do sądu opiekuńczego (art. 109 k.r.o.) jako ostatniej instancji, w sytuacji gdy stan rodzica bezpośrednio zagraża dziecku.

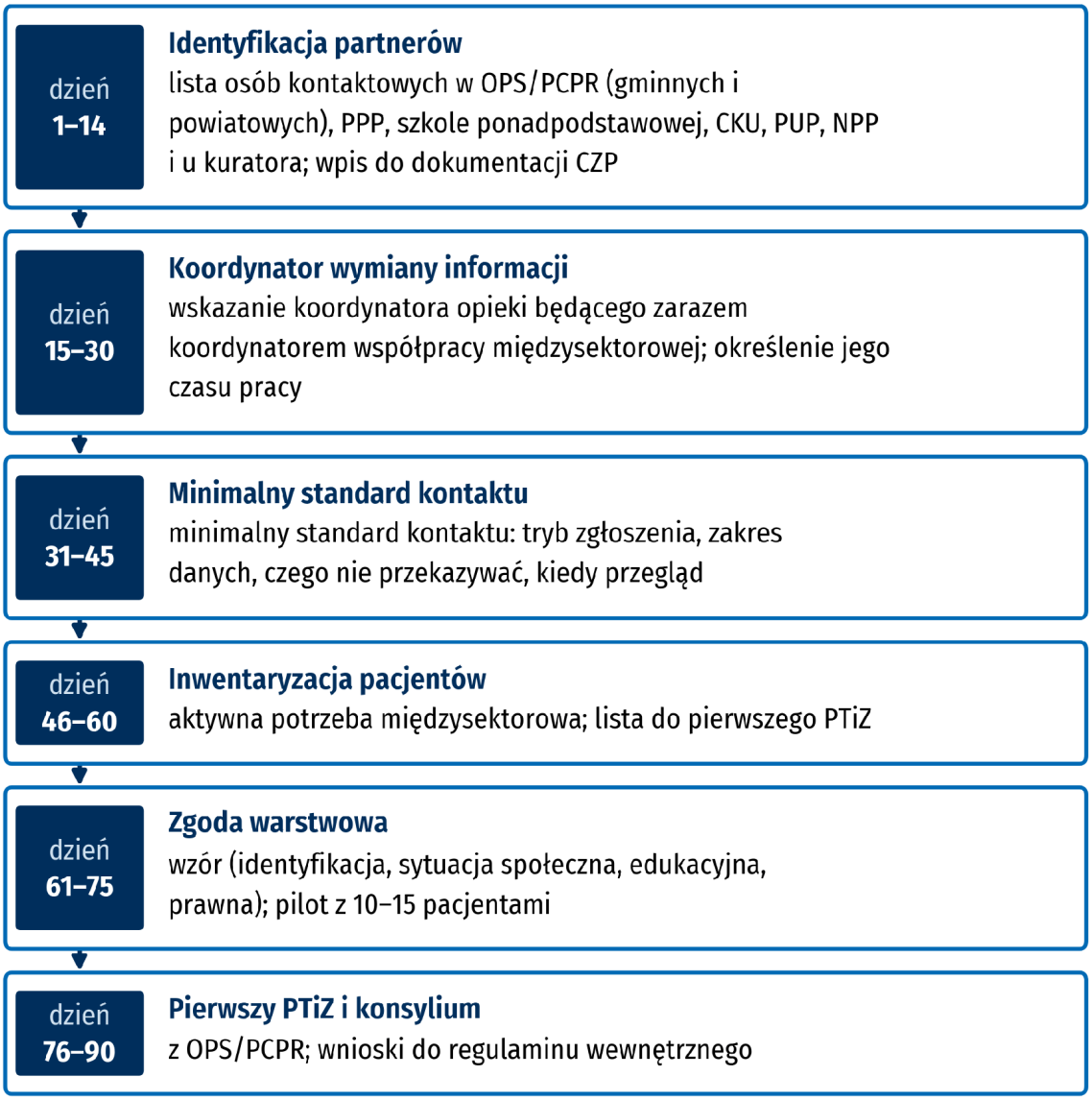
Między 28 lutego 2025 r. a 23 marca 2026 r. Zespół do spraw analizy zdarzeń przy Ministerstwie Sprawiedliwości opublikował cztery raporty dotyczące śmierci małoletniego pozostającego pod opieką dorosłego, co do którego zachodziły uzasadnione obawy związane z jego stanem psychicznym. W trzech z czterech raportów rodzic lub opiekun miał zdiagnozowane zaburzenia psychiczne lub był w kryzysie psychicznym w sytuacji popełnienia czynu zabronionego. To dziś najpoważniejsze zidentyfikowane luki we współpracy między CZP a systemem ochrony dziecka, które mają nieodwracalne konsekwencje. Rekomendacje raportów tego zespołu wskazują trzy obszary wymagające poprawy z punktu widzenia bezpieczeństwa małoletniego: standard opieki nad rodziną pacjenta, procedura współpracy CZP z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą diagnostyczno-pomocową (Niebieska Karta) oraz realna współpraca z ośrodkami referencyjnymi I i II poziomu psychiatrii dzieci. Standard opieki CZP nad rodziną z małoletnim dzieckiem może obejmować minimum pięć elementów:

1. Identyfikacja. Specjalista z PZK odnotowuje, czy pacjent jest rodzicem/opiekunem małoletniego. Pytanie zadawane zawsze; odmowa też jest odnotowywana;
2. Ocena ryzyka. Trójstopniowa skala określa poziom ryzyka dla małoletniego pozostającego pod opieką pacjenta. Kryteria powinny być uzgodnione z konsultantem krajowym w psychiatrii dzieci i młodzieży. Ocena powinna być przeprowadzana przy diagnozie i przy każdym istotnym zdarzeniu klinicznym;
3. Powiadomienie. Niskie: informacja dla pacjenta o wsparciu rodzinnym. Średnie: za zgodą pacjenta kontakt z OPS/CUS i spotkanie z pracownikiem socjalnym, który ustala właściwe formy wsparcia rodziny, w tym potrzebę przyznania asystenta rodziny. Wysokie: niezależnie od zgody — powiadomienie zespołu interdyscyplinarnego (procedura Niebieskiej Karty), a przy bezpośrednim zagrożeniu — sądu rodzinnego;
4. Współpraca z ośrodkami psychiatrii dzieci. Przy ryzyku średnim/wysokim — formalna konsultacja z ośrodkiem referencyjnym I/II poziomu;
5. Dokumentacja. Każda decyzja zostaje odnotowana w dokumentacji pacjenta-rodzica: data, podstawa, sygnatariusz, działania, termin weryfikacji.

Wśród personelu CZP może pojawić się wątpliwość, czy jest on przygotowany do oceny ryzyka dla dziecka. Ocena nie polega jednak na diagnozowaniu dziecka. Dotyczy wstępnego rozpoznania jego potrzeb oraz obiektywnych przesłanek ryzyka. Taki sam, symetryczny wymóg powinien obowiązywać ośrodki psychiatrii dzieci i młodzieży. Standard współpracy może być tworzony lokalnie — stosownie do zasobów i kompetencji personelu.

III.10 Szybki start dla dyrektora CZP — pierwsze 90 dni

Krok 1 wdrożenia wymiaru międzysektorowego (dni od startu)



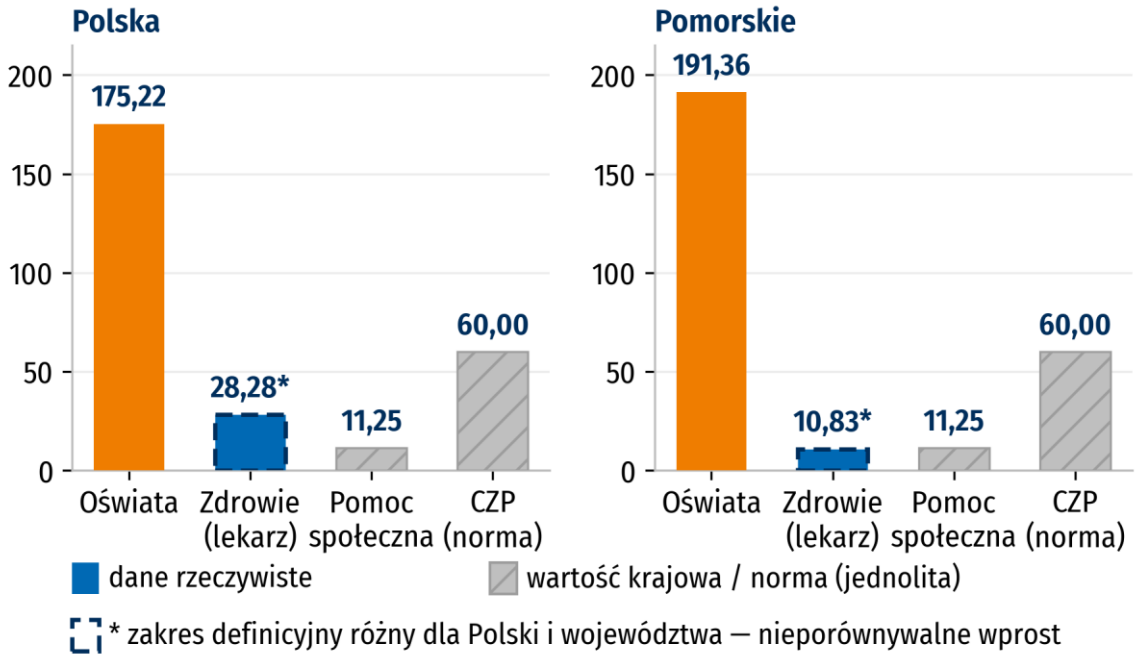
Adnotacja. Przedziały dni liczone są od decyzji o uruchomieniu współpracy międzysektorowej w danym centrum, nie od daty umowy z NFZ. Kroki wykonuje się sekwencyjnie, ponieważ każdy korzysta z produktu poprzedniego: lista kontaktów → koordynator → standard kontaktu → lista pacjentów → wzór zgody → pierwszy PTiZ. Schemat rozwija krok 1 z Rysunku III.4. Źródło: opracowanie własne.

3.6. Zasoby już istnieją — zdolność organizacyjna do wdrożenia

Współpraca międzysektorowa wymaga nie tylko dobrej woli osób pracujących lokalnie, lecz także trwałego podziału ról, odpowiedzialności i nadzoru. Bez wskazania gospodarza decyzji, źródła finansowania i sposobu rozliczania rezultatów nawet dobrze zaprojektowana ścieżka pozostanie zależna od relacji nieformalnych. Dlatego kolejny rozdział przechodzi od modelu współpracy do ładu zarządczego.

III.11 Specjaliści zdrowia psychicznego według sektora

na 100 tys. mieszkańców 18+; kolor pełny — dane rzeczywiste, kreskowanie — wartość krajowa lub norma



Adnotacja. Wartości podane wprost z arkusza źródłowego (podsumowanie PL/województwa). „Zdrowie": wartość krajowa 28,28/100 tys. obejmuje lekarzy psychiatrii dorosłych i dzieci oraz pielęgniarki psychiatryczne; dane wojewódzkie (m.in. Pomorskie 10,83) dostępne wyłącznie dla lekarza specjalisty psychiatrii. Różnica wynika głównie z szerszego zakresu zawodów w danych krajowych, a nie z realnie mniejszej kadry lekarskiej w województwie (stąd obwódka przerywana i gwiazdka).

Argument domykający ten rozdział ma charakter empiryczny. Zasoby kadrowe potrzebne do współpracy międzysektorowej już dziś istnieją — i to w skali, której system ochrony zdrowia sam nigdy nie zbuduje. Jak pokazuje rysunek III.11, sama oświata dysponuje w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych mieszkańców 175 specjalistami wsparcia psychologiczno-pedagogicznego w kraju i 191 w województwie pomorskim. To niemal trzykrotnie więcej, niż wynosi docelowa norma kadrowa całego CZP (60 na 100 tys.). Po stronie pomocy społecznej to kolejnych 11 specjalistów na 100 tys., a po stronie zdrowia — kadra lekarska, której

województwo pomorskie ma nie mniej niż średnia krajowa. Problemem polskiego systemu nie jest więc brak ludzi, lecz brak połączeń. Każdy z tych zasobów pracuje dziś w swoim silosie (rysunek III.1), bez wspólnego planu i kanału wymiany informacji.

Wniosek dla wdrożenia jest praktyczny: proponowane w tym rozdziale instrumenty — koordynator współpracy, PTiZ jako jeden plan, Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia — nie tworzą nowych instytucji, lecz sieciują istniejące. Nie znaczy to, że są bezkosztowe: koordynacja wymaga czasu pracy, a ten musi zostać wyceniony i opłacony. Rzecz w tym, że nakład dotyczy połączeń między istniejącymi zasobami, a nie budowy nowych struktur od zera. Gotowość środowiska potwierdzają zresztą same prace nad Białą Księgą, prowadzone w stałym gronie roboczym praktyków wszystkich czterech sektorów — od CZP, przez pomoc społeczną i oświatę, po instytucje rynku pracy. Zdolność organizacyjna do wdrożenia współpracy międzysektorowej w województwie pomorskim istnieje dziś; kolejne rozdziały pokazują, jak ją kontraktowo (rozdział V) i prawnie (rozdział VI) umocować.

Rozdział IV. Ład zarządczy

Polski system ochrony zdrowia począwszy od przemian ustrojowych w 1989 r., wprowadzenia systemu powszechnych ubezpieczeń oraz wsparciu otrzymanemu z funduszy unijnych osiągnął znaczący postęp w zakresie poprawy poziomu infrastruktury i wyposażenia w sprzęt, wysokiego poziomu profesjonalizmu kadr i wysokiej, w relacji do poziomu finansowania, efektywności. Ochrona zdrowia pozostaje nadal systemem mało przejrzystym, z wysokim poziomem nierówności w zakresie dostępu do świadczeń a przede wszystkim słabo powiązanym z innymi usługami publicznymi. W opiece psychiatrycznej widać to szczególnie dotkliwie. Zdrowie psychiczne przesądza o życiu jednostek, rodzin i całych wspólnot. Odejście od modelu azylowego na rzecz opieki środowiskowej to przedsięwzięcie o większej skali niż tylko korekty jednego z obszarów realizacji świadczeń. Budowa systemu centrów zdrowia psychicznego, może, pod warunkami jej konsekwentnego wdrożenia, być uznana za reformę cywilizacyjną. Akceptując ten punkt wyjścia przy jej wdrażaniu nie można ograniczyć się do zmian stricte legislacyjnych, prostej zmiany przepisów. Chcąc jednak uzyskać przełomowe efekty, nowy model należy zakorzenić w strukturach, procedurach i kompetencjach — a opiekę medyczną połączyć z rozproszonym w wielu instytucjach systemem wsparcia społecznego. Przedstawione tu propozycje nie są przy tym rewolucją. Bazują na rozwiązaniach już funkcjonujących. Poniżej przedstawiamy propozycję wskazującą, jak można dostosować fundamenty ładu zarządczego ekosystemu usług publicznych do wyzwań wynikających ze specyfiki ale i nowych możliwości, których dostarcza nam środowiskowy model opieki medycznej.

CZP działa skutecznie tylko wtedy, gdy współpracuje z instytucjami publicznymi i organizacjami pozarządowymi — przede wszystkim z jednostkami samorządu terytorialnego (JST). Potrzebuje jasnych zasad: przypisanych kompetencji, odpowiedzialności i nadzoru. Także sprawnego przepływu informacji i przygotowanych kadr — zawsze z poszanowaniem godności pacjentów i ich rodzin. Reforma CZP musi iść w parze z usprawnieniem orzecznictwa — zarówno o niepełnosprawności, jak i w ZUS. Dzięki klasyfikacji ICF orzeczenia będą trafniejsze, kadry orzecznicze — zarządzane elastyczniej, a samo orzeczenie — ściślej powiązane z realnym wsparciem. W tej roli CZP są dostawcą danych (ICF), a nie organem nadzoru orzeczniczego. Projekt „Przebudowa modelu orzekania o niepełnosprawności" musi od początku uwzględniać reformę CZP i wskazywać powiatowe oraz miejskie zespoły ds. orzekania jako partnerów w zakresie zdrowia psychicznego.

Osoby z problemami psychicznymi — a wraz z nimi ich rodziny i całe małe społeczności — są najmocniej dotknięte napięciami geopolitycznymi, zmianami klimatu, rozwojem technologii i przemianami społecznymi. Lokalna sieć CZP to naturalny fundament odporności społecznej. W praktyce oznacza to konkretną rolę CZP — utrzymanie ciągłości opieki w sytuacjach kryzysowych i współdziałanie z systemem zarządzania kryzysowego.

Niezależnie od monitorowania satysfakcji ze świadczeń oraz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i społecznych konieczne jest stworzenie stałej platformy komunikowania

oczekiwań pacjentów i ich rodzin. Przestrzeń instytucjonalna do przepływu informacji i oczekiwań powinna łączyć pacjentów i członków ich rodzin, zrzeszające ich organizacje, rzeczników praw pacjenta psychiatrycznego, personel medyczny oraz osoby zaangażowane w udzielanie wsparcia społecznego.

4.1. Model kontraktowania

Podstawą finansowania jest ryczałt na mieszkańca, korygowany wstępnie gęstością zaludnienia (wsparcie terenów wyludniających się) i poziomem bezrobocia, a docelowo — pełnym modelem korekty ryzyka (*risk adjustment*; zob. niżej). Na kontrakt pojedynczego CZP składają się cztery elementy (szczegółową konstrukcję budżetu, wraz z udziałami procentowymi, opisuje sekcja 5.1):

1. Ryczałt na mieszkańca (podstawa kontraktu);
2. Wskaźnik aktywności (by przeciwdziałać kolejkom i promować opiekę czynną, ciągłą i okresową);
3. Rezerwa hospitalizacyjna (na pacjentów spoza obszaru; niewykorzystana przechodzi na kolejne lata, a nadwyżka jest spłacana pomniejszeniem budżetu, co premiuje ograniczanie hospitalizacji);
4. Jakość według kryteriów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) — za spełnienie kryteriów jakościowych.

Dodatkowo — poza kontraktem pojedynczego centrum — 3% regionalnej puli NFZ przeznacza się na innowacje i zadania ponadobszarowe: inwestycje, rozwój kadr i integrację usług. Ta część pozostawałaby pod kontrolą Oddziału Wojewódzkiego NFZ i Samorządu Województwa.

Same korekty o gęstość zaludnienia i bezrobocie mogą okazać się niewystarczające. Zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną zależy także od struktury wieku, ubóstwa, bezdomności, uzależnień, migracji oraz obecności instytucji zbiorowego zamieszkania (domów pomocy społecznej, zakładów karnych, ośrodków dla uchodźców). Docelowy wskaźnik korygujący ryczałt powinien więc przyjąć formę modelu korekty ryzyka opartego na zestawie tych zmiennych, walidowanego na danych NFZ i okresowo aktualizowanego — tak, by ryczałt nie premiował obszarów zamożnych kosztem terenów o wyższych potrzebach.

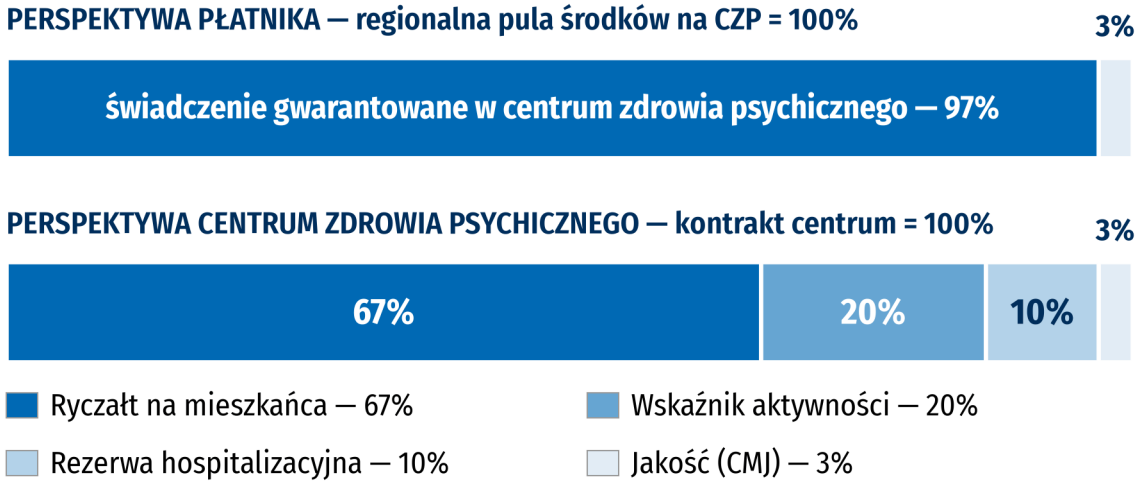
W okresie przejściowym warto podjąć inicjatywy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, wziąć pod uwagę już realizowane przez JST programy w tym zakresie, oraz wsparcia kompetencji kadr, co może być podstawą planowania nowego poziomu podziału kompetencji i alokacji środków z pozostających poza CZP świadczeniami wysoko specjalistycznymi, leczenia uzależnień, a nawet psychiatrii sądowej.

Obecna praktyka wprowadzania zmian w systemie kontraktowania w zbyt małym stopniu opiera się na analizie dostępności kadr w poszczególnych zawodach i specjalizacjach. Dostępność ta różni się między regionami, co również powinno zostać uwzględnione w kalkulacji. Dobrym standardem byłoby ponadto roczne vacatio legis dla nowych wymagań

kadrowych albo warunkowe zawieranie umów, dające czas na przeprowadzenie szkoleń lub rekrutacji.

IV.1 Struktura rocznego kontraktu CZP

Perspektywa płatnika (pula = 100%) i perspektywa centrum (kontrakt = 100%)



3% dla samorządu województwa: innowacje, inwestycje, rozwój kadr, integracja usług — pula regionalna w gestii OW NFZ i Samorządu Województwa, poza kontraktami centrów.

Adnotacja. Cztery składniki belki sumują się do 100% kontraktu pojedynczego centrum; wskazane pod nią 3% na innowacje i zadania ponadobszarowe jest odrębną pulą regionalną NFZ i nie wchodzi do wspomnianych 100%. Udziału 67% (ryczałt na mieszkańca) nie należy mylić z podziałem usług 67%/33% między ambulatorium a opiekę całodobową. To dwa różne parametry o zbieżnej wartości. Tak samo trzy procent rezerwy na innowacje i zadania ponadobszarowe to nie ten sam trzyprocentowy udział co składnik jakościowy struktury kontraktu. Źródło: opracowanie własne.

Wynagrodzenie ryczałtowe powinno zostać skalkulowane na podstawie minimalnych kosztów utrzymania potencjału i pozostawania w gotowości, zapewniającej skuteczną pomoc przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. Ciągła obserwacja realizacji umów ma umożliwiać ewentualne korekty, które pozostają kompromisem między zapewnieniem właściwego poziomu dostępności a efektywnością kosztową.

Mechanizm rezerwy wymaga zabezpieczenia przed odwrotnym bodźcem — ograniczaniem hospitalizacji tam, gdzie są one konieczne. Premia za niższą liczbę hospitalizacji musi być powiązana z twardymi miernikami bezpieczeństwa pacjenta: odsetkiem readmisji, liczbą prób samobójczych i zgonów, częstością stosowania przymusu bezpośredniego, zgłoszeniami na SOR oraz skargami do Rzecznika Praw Pacjenta. Pogorszenie któregokolwiek z nich znosi premię — tak, by oszczędność nigdy nie odbywała się kosztem osób w najcięższym kryzysie.

Inżynierię finansową kontraktu można w pełni zweryfikować w analizowanym modelu pomorskim. Zachowuje on roczną stawkę kapitacyjną (165,10 zł na pełnoletniego mieszkańca

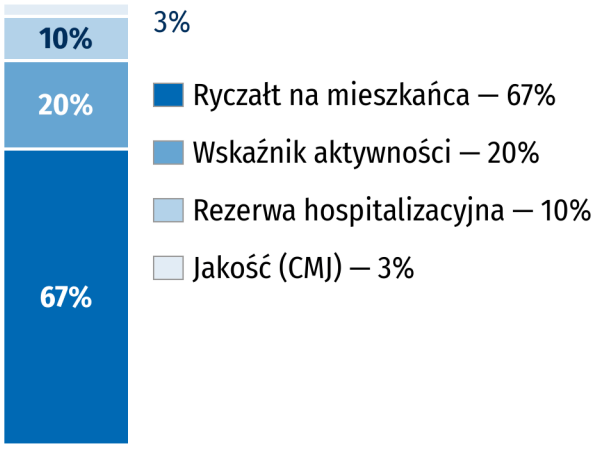
w 2026 r.), podział usług na 67% ambulatorium i 33% opiekę całodobową, wyróżniki umowy W1–W4 oraz podział na typ A i B CZP. Jego wewnętrzną strukturę — stawkę bazową za gotowość i część zależną od wykonania — dostosowano do logiki tego modelu: część wykonania niesie trzy kierunki oddziaływania przepływu środków na realizowane funkcje, czyli aktywność (przeciwdziałanie kolejkom i opiekę czynną), rezerwę hospitalizacyjną oraz jakość. Udziały procentowe składowych podaje sekcja 5.1; wymagają one dodatkowej kalibracji, ale kierunek jest jednoznaczny. Bodźce za aktywność i za ograniczanie hospitalizacji pozostają integralną częścią kontraktu, a nie osobnym dodatkiem.

Doświadczenia województwa pomorskiego, ze względu na zbyt małą skalę i krótki okres obserwacji, nie pozwalają na jednoznaczną rekomendację relacji zarządczych, zasad współpracy i podziału ryzyka między centrami typu A i B. Kierunkowym rozwiązaniem powinno być trwałe zabezpieczenie hospitalizacji, ustalone przed zawarciem umowy z płatnikiem. Niezależnie od tego zachęty ekonomiczne zawarte w kontraktach powinny, mimo różnic potencjału, motywować oba typy centrów do efektywnego leczenia i unikania zbędnych hospitalizacji. Niezbędne jest także zapewnienie koordynacji świadczeń między podmiotami udzielającymi świadczeń całodobowych a centrami typu B.

IV.2 Model finansowy CZP — pomorski w logice A

Struktura kontraktu 67/33 (kontrakt centrum = 100%) i parametry modelu

STRUKTURA KONTRAKTU



kontrakt centrum = 100%;
wykonanie 33% niesie mechanizmy modelu A

PARAMETRY MODELU POMORSKIEGO

Stawka kapitacyjna
165,10 zł / dorosłego (2026)

Podział usług
67% ambulatorium /
33% całodobowe

Wyróżniki umowy
W1–W4

Typ ośrodka
A (1 podmiot) · B (2 podmioty)

Adnotacja. Struktura 70/17/10/3 to robocza kalibracja wariantu pomorskiego — niestosowana w obliczeniach rozdziału V — w której baza za gotowość rośnie do 70% kosztem wskaźnika aktywności — różni się tym od układu 67/20/10/3 z Rysunku IV.1; pozostałe 30% kontraktu pozostaje zależne od wykonania. Panel po prawej podaje parametry przejęte bez zmian z obowiązującej umowy pomorskiej. Źródło: oprac. własne; parametry modelu pomorskiego, stawka kapitacyjna wg Dz.U. 2025 poz. 1626.

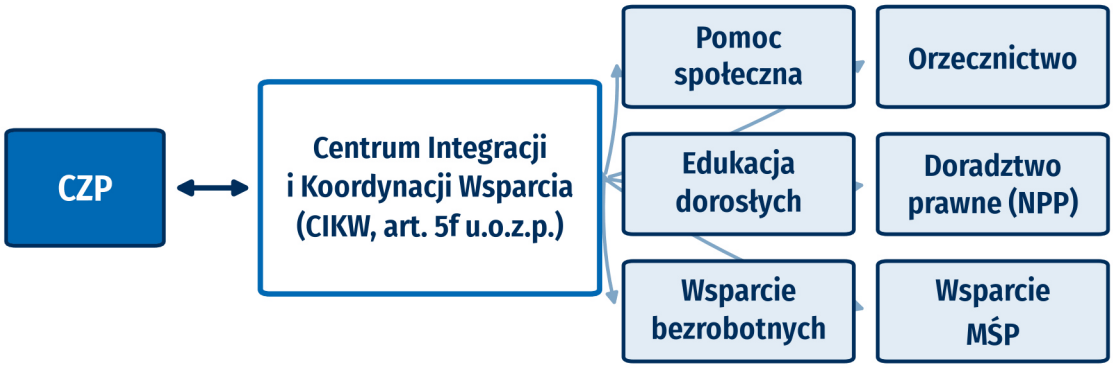
4.2. Mechanizmy koordynacji wsparcia

Znaczną część wsparcia społecznego można zorganizować bardziej efektywnie — organizując pomoc już udzielaną przez instytucje rządowe i samorządowe, bez tworzenia w pełni nowych świadczeń. Realną skalę tej oszczędności powinien jednak rozstrzygnąć pilotaż budżetowy, ponieważ sama koordynacja generuje koszty — etaty, systemy informatyczne, nadzór. Za ten obszar powinno odpowiadać lokalne Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia — powołane przy każdym CZP na mocy porozumień z JST. Porządkuje ono dostęp do usług istniejących: pomocy społecznej, edukacji, wsparcia bezrobotnych, orzecznictwa, doradztwa prawnego i pomocy małym oraz średnim przedsiębiorstwom.

W praktyce CIKW miałoby działać na terenie kilkunastu do kilkudziesięciu gmin a czasami także ponad granicami powiatów — zgodnie z mapami odpowiedzialności terytorialnej. Oprócz ram prawnych i finansowych, CZP musi mieć narzędzie do realizacji swojej odpowiedzialności za mieszkańców. Powołanie takiej funkcjonalnej komórki wymagałoby wskazania lidera, wśród zbioru organizacji pomocy społecznej, która byłaby w największym stopniu predysponowana do objęcia tej roli.

IV.3 Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia

Węzeł łączący CZP z usługami publicznymi (porozumienia JST)



Adnotacja. Strzałka dwukierunkowa między CZP a Centrum oznacza relację partnerską, a nie podległość. CIKW nie jest komórką centrum, lecz węzłem umocowanym w porozumieniach jednostek samorządu terytorialnego. Sześć pól po prawej to usługi już dziś finansowane z innych źródeł; schemat pokazuje ich koordynację, a nie tworzenie nowych świadczeń. Źródło: oprac. własne.

Reforma jest też okazją do przeglądu efektywności wydatków na te usługi. Fundusz korkowy (wraz z podatkiem od tzw. “małpek” i opłatą cukrową) trzeba zreformować i rozszerzyć o opłatę od punktów sprzedaży wyrobów nikotynowych. Wpływy z opłat koncesyjnych finansują redukcję szkód. To jawny konflikt interesów (im większa dostępność alkoholu, tym większa pula środków na łagodzenie jego skutków). Wpływy, po odliczeniu kosztów poboru, zasilą fundusz centralny lub wojewódzki, by wracać do gmin, powiatów i województw

proporcjonalnie do liczby mieszkańców. Skala dodatkowych kosztów zależy od ostatecznej definicji zakresu opieki.

Koordynacja świadczeń — medycznych i społecznych — wymaga profesjonalizmu, etyki i znajomości praw pacjenta. Podnosi jakość i efektywność opieki, ale rodzi też ryzyko paternalizmu i nadużycia pozycji wobec podopiecznych. Dlatego szerszemu dostępowi do danych o stanie zdrowia musi towarzyszyć wzmocniony nadzór i prewencja: obowiązkowa superwizja dla wszystkich zaangażowanych osób oraz obowiązek zgłaszania konfliktów interesów do komisji etycznych na poziomie wojewódzkim i krajowym.

CZP, ze wsparciem CIKW, zapewnia pacjentom, ich rodzinom oraz zrzeszającym ich organizacjom stały dostęp do komunikowania własnych potrzeb, oczekiwań i postulatów. Nie rekomendujemy tworzenia formalnego ciała, lecz zobowiązanie do systematycznego dialogu. Polegałoby ono na umożliwieniu wszystkim zainteresowanym udziału w spotkaniach odbywanych co najmniej 4, a optymalnie 6–8 razy w roku, z obowiązkowym udziałem przedstawiciela CZP (personelu medycznego, asystentów zdrowienia), CIKW i rzecznika praw pacjenta psychiatrycznego. Jeżeli udział wszystkich zainteresowanych nie jest fizycznie możliwy, na przykład przy dużym zainteresowaniu, CZP wraz z CIKW może ustalić regulamin funkcjonowania tego forum konsultacyjnego.

Przejrzystość ma dwa filary: sejmiki województw uchwalają Zasady Dobrych Praktyk, a powołane Komisje ds. Przejrzystości czuwają nad ich stosowaniem. Podstawą jest okresowa, obowiązkowa deklaracja konfliktów interesów wszystkich uczestników — prosta i aktualizowana na bazie zbieranych doświadczeń, przy doradczej roli szczebla krajowego. Nadanie sejmikom i komisjom kompetencji wiążących podmioty finansowane przez NFZ wymaga delegacji ustawowej.

4.3. Struktury zarządzania

Projektowany ład odpowiada na to, co pokazała kontrola NIK w Wielkopolsce (listopad 2024 r.; zob. NIK, 2024): błędy w rozliczeniach, braki kadrowe, przymus bezpośredni bez procedur, zaniedbania praw pacjentów, złe warunki lokalowe. Po stronie płatnika — zaniżone kwoty do zwrotu o 4,4 mln zł (2020–2023) i dwa zawiadomienia do prokuratury. Odpowiedzią są twarde mierniki jakości, jednolity standard i przejrzysty nadzór o trzech poziomach.

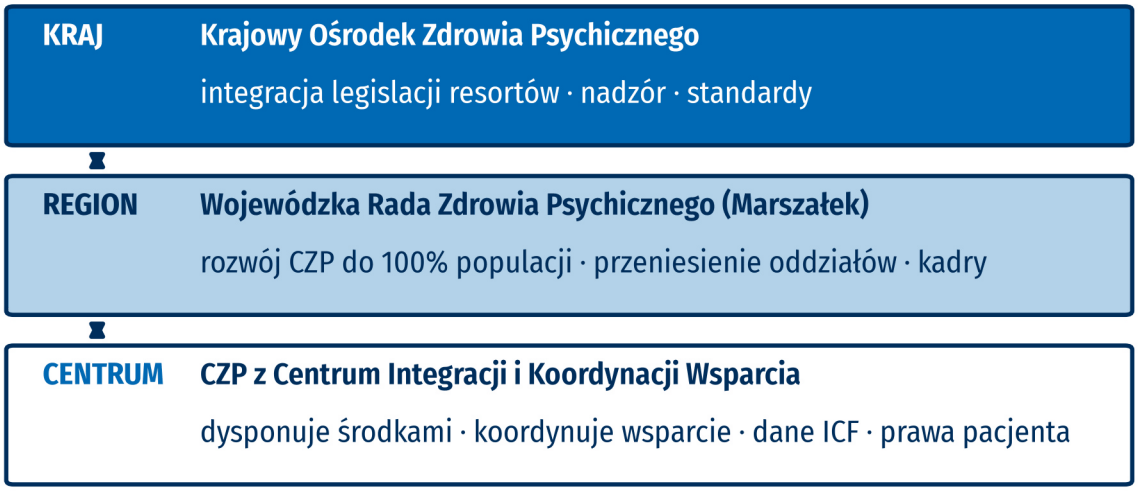
1. Poziom centrum: CZP z Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia dysponuje środkami publicznymi; koordynuje wsparcie społeczne, dostarcza dane do orzecznictwa (ICF) i chroni prawa pacjenta.
2. Poziom regionalny: Wojewódzka Rada Zdrowia Psychicznego pod przewodnictwem marszałka województwa, z sekretariatem 2–5 osób; odpowiada za rozwój CZP do 100% populacji, inicjowanie i koordynację przeniesienia oddziałów ogólnopsychiatrycznych do szpitali wielospecjalistycznych, dostępność świadczeń, przejrzystość i rozwój kadr.

3. Poziom krajowy: ośrodek posiadający osobowość prawną, np. w formule krajowego ośrodka zdrowia psychicznego. Jego zadaniem będzie integracja legislacji z różnych resortów, nadzorowanie sieci CZP, rekomendacje dotyczące aktualnej wiedzy medycznej oraz pozyskiwanie finansowania na rozwój kompetencji i zasobów CZP.

Powierzenie odpowiedzialności regionalnej samorządom województw jest logiczną konsekwencją podziału odpowiedzialności w administracji publicznej. Wojewoda pełni przede wszystkim funkcje nadzorcze i zarządzania kryzysowego, a jego służby nie dysponują elastycznym budżetem — każdą zmianę muszą przeprowadzać przez budżet państwa. Wymaga to jednak ustawowego rozdzielenia ról. Rada kierowana przez marszałka planuje i koordynuje sieć, ale samej decyzji właścicielskiej o restrukturyzacji szpitali, których organem założycielskim jest samorząd województwa, nie może podejmować ten sam organ. Należy ją powierzyć podmiotowi niezależnemu od marszałka (np. przy wojewodzie). Sama trójpoziomowa konstrukcja nawiązuje do rozwiązań koordynacji opieki środowiskowej rekomendowanych przez WHO (*Mental Health Atlas*) i OECD oraz do modeli wielopodmiotowych (włoskie departamenty zdrowia psychicznego, holenderski FACT).

IV.4 Trójpoziomowy ład zarządczy CZP

Poziom krajowy, regionalny i poziom Centrum



Adnotacja. Schemat pokazuje trzy poziomy odpowiedzialności za wdrożenie i nadzór nad siecią centrów zdrowia psychicznego wraz z zadaniami przypisanymi każdemu z nich. Strzałki dwukierunkowe oznaczają relację nadzoru i sprawozdawczości między poziomami, a nie przepływ środków — ten opisuje rozdział V. Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego wymaga wdrożenia, Wojewódzka Rada Zdrowia Psychicznego jest już umocowana i funkcjonuje w różnej formule w regionach. Natomiast Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia ma podstawę w proponowanym art. 5f u.o.z.p. Źródło: opracowanie własne.

Aby uniknąć rozmycia odpowiedzialności między tymi ciałami, każdej decyzji przypisano jednoznacznego gospodarza. Podział ról precyzuje macierz RACI. W każdym wierszu występuje dokładnie jedna rola A (accountable — rozliczalna, gospodarz decyzji),

uzupełniona o role: R (responsible — realizujący zadanie), C (consulted — konsultowany przed decyzją) oraz I (informed — informowany o rozstrzygnięciu).

IV.5 Kto za co odpowiada — macierz RACI

W każdym wierszu dokładnie jedna rola A (rozliczalność)

	Centrum	Region	Kraj	NFZ	Komisje
Kontraktowanie i podział środków	C	R	C	A	
Koordynacja wsparcia społ. (CIKW)	A	C	I	I	
Rozwój sieci CZP → 100% populacji	R	A	C	C	
Przeniesienie oddziałów do szp. wsp.	C	A	C	C	
Dostęp do danych pacjenta / RODO	C	C	A	C	C
Przejrzystość i konflikty interesów	R	C	C	I	A
Orzecznictwo (ICF) — dane	A	C	C	I	I
Integracja legislacji i standardy	I	C	A	C	C

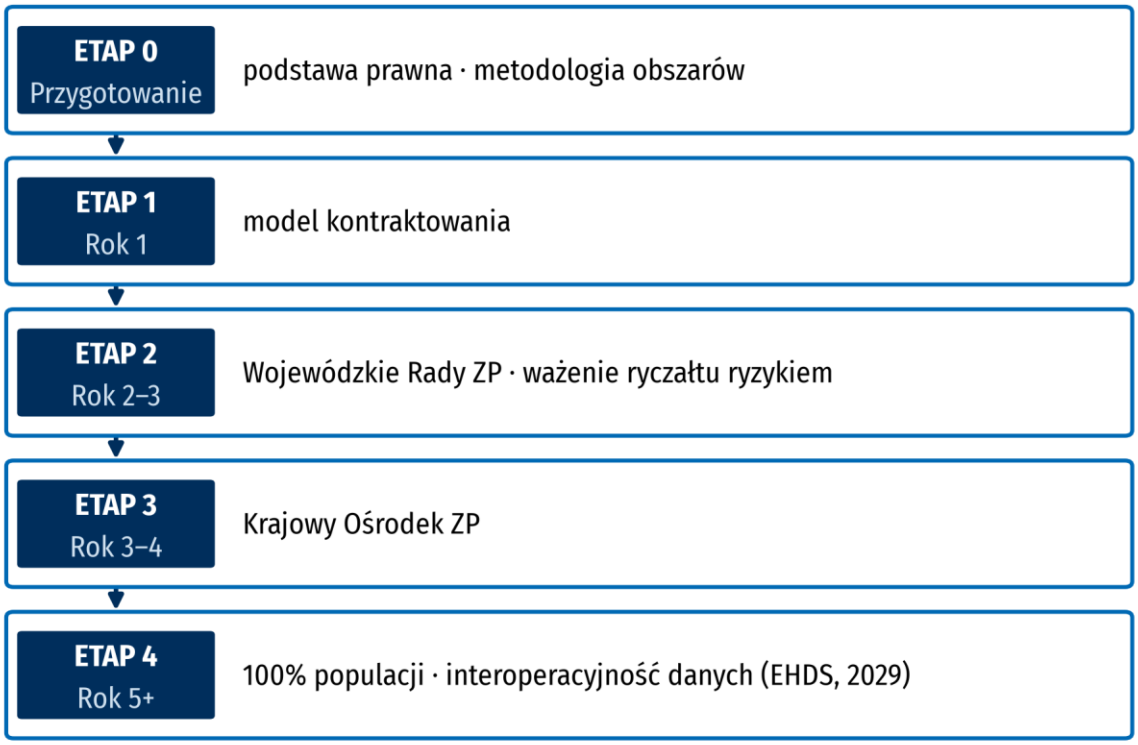
Adnotacja. Intensywność koloru odpowiada wadze roli (A najciemniejsze, dalej R, C, I), a nie nakładowi pracy. Puste pola oznaczają brak jakiejkolwiek roli danego podmiotu w tej decyzji — Komisje ds. Przejrzystości nie występują w czterech pierwszych wierszach. CIKW — Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia (Rysunek IV.3). Źródło: opracowanie własne.

4.4. Mapa drogowa wdrożenia

Reformy nie da się wdrożyć jednorazowo. Proponowana sekwencja rozkłada wdrożenie na pięć etapów z wyraźnymi kamieniami milowymi i warunkami przejścia między nimi. Kolejność chroni przed chaosem kompetencyjnym: najpierw podstawa prawna i finansowa, potem struktury regionalne i krajowe, a na końcu pełne pokrycie populacji i interoperacyjność danych — docelowo w europejskiej przestrzeni danych zdrowotnych (EHDS), z terminem do 2029 r.

IV.6 Mapa drogowa wdrożenia reformy

Pięć etapów — od podstawy prawnej po pełne pokrycie populacji



Adnotacja. Etapy numerowane są od zera, więc pięć etapów obejmuje okres od przygotowania do roku 5+. Podane lata są względne (rok 1 = pierwszy rok obowiązywania nowej podstawy prawnej), a jedyną datą bezwzględną jest 2029 r. dla interoperacyjności danych w EHDS. Warunkiem wejścia w kolejny etap jest zamknięcie poprzedniego, dlatego opóźnienie etapu 0 przesuwa całą sekwencję. Źródło: opracowanie własne.

Propozycje nie tworzą zamkniętego katalogu. Ład zarządczy usług publicznych — nie tylko w Polsce, lecz w całej Unii Europejskiej — wymaga przebudowy. Musi nadążać za zmieniającym się otoczeniem technologicznym, gospodarczym i zmieniającym się rynkiem pracy. Regulacje prawne, często nadmiarowe, nie doganiają aktualnych zmian rynkowych.

Dobrostan psychiczny, choć jest tylko wycinkiem systemu, warunkuje skuteczność innych usług publicznych — daleko poza ochroną zdrowia. Zaufanie do instytucji odbudowuje się jednak nie deklaracjami, lecz instrumentami opisanymi w tym rozdziale: jednoznacznym przypisaniem odpowiedzialności (macierz RACI), przejrzystym nadzorem i twardymi miernikami jakości.

Ład zarządczy wyznacza, kto odpowiada za dostępność, jakość, dane i koordynację. Odpowiedzialność ta musi jednak mieć odzwierciedlenie w umowie i budżecie. Podmiot nie może być rozliczany z efektów populacyjnych, jeżeli finansowanie nadal premiuje wyłącznie pojedyncze świadczenia. Rozdział V przedstawia model finansowy, który łączy stabilność budżetu z korektą ryzyka, aktywnością i jakością.

Rozdział V. Finansowanie centrów zdrowia psychicznego

Skąd NFZ ma wziąć środki na model centrów zdrowia psychicznego? Bieżące wydatki systemu na psychiatrię dorosłych dzielą się na trzy części. Pierwszą jest kwota, którą centra zdrowia psychicznego faktycznie dziś otrzymują, po korektach *in plus* i *in minus*. Drugą są świadczenia psychiatrii dorosłych w czterech zakresach, tj. świadczenia ambulatoryjne, dzienne, środowiskowe oraz całodobowe i stacjonarne — czyli opieka, z której korzysta populacja mieszkająca poza obszarami objętymi już CZP. Suma tych dwóch części to bieżąca pula środków, jaką dysponuje dziś system. Trzecią częścią są środki rzeczywiście nowe: różnica między tą bieżącą pulą a kwotą alokacji, czyli budżetem docelowym całego modelu (stawka 165,10 zł pomnożona przez liczbę dorosłych mieszkańców). Tabela 9 pokazuje wszystkie trzy części łącznie dla całej populacji.

Tabela 9. Środki na pokrycie modelu CZP przy dwóch stawkach

mln zł; 165,10 zł — stawka I półrocza 2026, 174,21 zł — po podwyżce z rekomendacji AOTMiT nr 84/2026

POLSKA

Pozycja (ceny bieżące)	165,10 zł	174,21 zł
Ryczałt CZP (brutto)	2 563	2 704
Netto (po korekcie § 21/23)	2 441	2 599
Powiększenia (§ 21a/23)	307	324
Budżet na całość (kwota alokacji)	**5 075**	**5 355**

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

Pozycja (ceny bieżące)	165,10 zł	174,21 zł
Ryczałt CZP (brutto)	135,8	143,3
Netto (po korekcie § 21/23)	120,6	128,7
Powiększenia (§ 21a/23)	11,7	12,3
Budżet na całość (kwota alokacji)	**315,4**	**332,8**

Adnotacja. Dwie kolumny to dwa scenariusze stawki kapitacyjnej: 165,10 zł (obowiązująca w I półroczu 2026 r.) i 174,21 zł (efektywna stawka dla całego 2026 r. — 169,66 zł) — poziom po podwyżce z Rekomendacji AOTMiT nr 84/2026 (wariant I zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 1 lipca 2026 r.; +5,52% wartości umów pilotażu CZP, w ujęciu pełnorocznym; podwyżka obowiązuje od II półrocza — stawka półroczna 82,55 zł rośnie do 87,11 zł). Wiersze: ryczałt CZP brutto § 20 rozporządzenia pilotażowego, netto po korekcie (§ 21/§ 21a–23), powiększenia (§ 21a/23), budżet na całość populacji dorosłych (liczba dorosłych × stawka). Źródło: dane NFZ 2025, GUS BDL; Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 84/2026

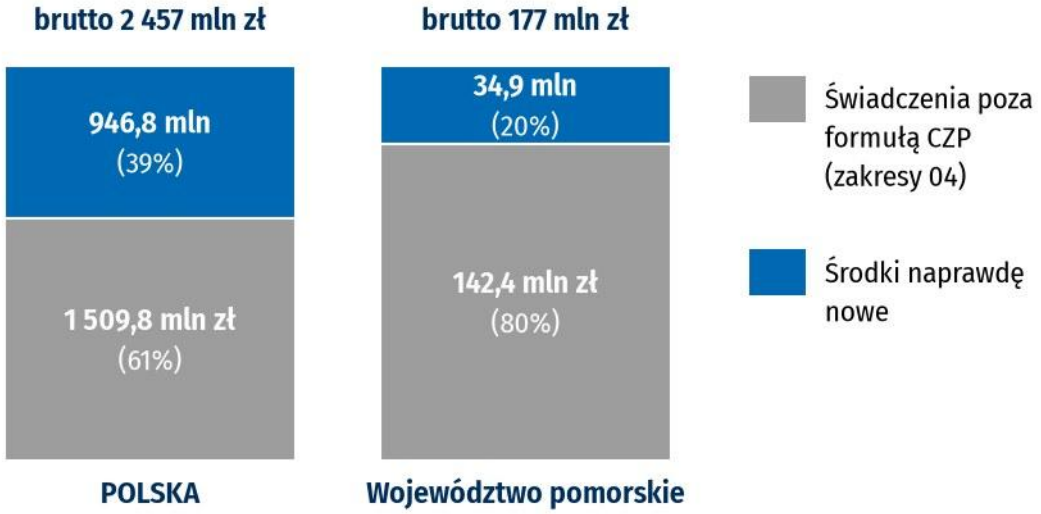
Wielkość tej drugiej, „istniejącej" części zależy od tego, jak szeroko zdefiniuje się świadczenia uznane za tożsame z zakresem CZP. Dlatego przyjęto trzy scenariusze zamiast jednej liczby. Scenariusz ostrożny (A) zalicza do świadczeń już finansowanych jedynie połowę kontraktów w zakresie 04 — pozostałe zakresy. Scenariusz roboczy (B) dolicza do tego również ambulatoryjne świadczenia tożsame; ten scenariusz stosuje się konsekwentnie w dalszej części rozdziału. Scenariusz pełnej konwersji (C) zakłada, że w ryczałt przechodzi całość środków tożsamych. Wybór scenariusza nie zmienia wniosku końcowego. Nawet w wariancie najostrożniejszym środki nowe to jedynie ułamek kwoty, którą system wydaje rocznie na opiekę psychiatryczną. Strukturę pokazuje Rysunek V.1.

Ponieważ do czasu pisania tego rozdziału nie ukazała się odpowiednia nowelizacja rozporządzenia pilotażowego wprowadzająca nową stawkę, dlatego obliczenia prowadzone są w warunkach finansowych z pierwszego półrocza 2026 r., tj. stawce za mieszkańca CZP obowiązującej na dzień 30 czerwca 2026 roku oraz planie umów dla czterech zakresów psychiatrii dorosłych pobranych z Publikatora umów NFZ z czerwca 2026 roku. W rozdziale stosowane są trzy odrębne perspektywy kosztowe. Pierwsza pokazuje wartość pełnego modelu dla całej populacji (kwota alokacji). Druga zestawia ją z pulą środków już obecnych w systemie i oblicza, co pozostaje do uzupełnienia. Trzecia służy symulacji konkretnych umów w województwie pomorskim. Wyników symulacji z tych trzech poziomów nie należy porównywać bezpośrednio, każda odpowiada na inne pytanie decyzyjne.

Po pierwsze, w skali kraju bieżące środki psychiatrii dorosłych (CZP netto plus cztery zakresy tożsame z zakresem CZP) pokrywają 81,3% kwoty alokacji — do uzupełnienia w reformie pozostaje 946,8 mln zł rocznie — środki na objęcie modelem drugiej połowy kraju. Po drugie, w województwie pomorskim relacja jest korzystniejsza niż przeciętnie w kraju: bieżąca pula (280,6 mln zł) pokrywa 89% kwoty alokacji (315,4 mln zł) wobec 81,3% w skali kraju — a do uzupełnienia pozostaje 34,8 mln zł rocznie. Po trzecie, w budżetach ośmiu działających centrów luki tej nie widać i nie może ona być widoczna. Rozliczenia netto pilotażu (114,5 mln zł w 2025 r.) dotyczą wyłącznie obszarów już objętych opieką, podczas gdy kwota alokacji obejmuje całą populację województwa. Różnica między alokacją a ryczałtem pilotażu na 2026 r. — około 195 mln zł rocznie — to budżet na obszary dziś nieobjęte żadnym CZP.

V.1 Większość kosztu już krąży w systemie

Koszt objęcia CZP pozostałej części Polski: ile to świadczenia poza formułą CZP, a ile środki naprawdę nowe — umowy NFZ, stan na 30.06.2026



Adnotacja. Wartości to kwoty według umów obowiązujących 30 czerwca 2026 r.; alokacja liczona stawką 165,10 zł: dla Polski od populacji dotąd nieobjętej CZP, dla województwa pomorskiego od całej dorosłej populacji piętnastu obszarów odpowiedzialności terytorialnej. Słupek dzieli koszt objęcia na świadczenia już wykonywane w zakresach tożsamych rodzaju 04 oraz środki nowe. Źródło: opracowanie własne na podstawie API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), stan na 30 czerwca 2026 r.

5.1. Sposób wyliczenia budżetu centrum zdrowia psychicznego

Punktem wyjścia dla budżetu CZP jest liczba pełnoletnich mieszkańców obszaru odpowiedzialności (budżet = liczba dorosłych × stawka kapitacyjna) z poprawką na zmiany demograficzne. Podstawą ustalenia liczby dorosłych mieszkańców obszaru są dane Głównego Urzędu Statystycznego z Banku Danych Lokalnych, według stanu na 31 grudnia roku poprzedzającego rok obowiązywania umowy. Ta sama wartość stanowi podstawę budżetu oraz wymagań organizacyjnych i kadrowych wyrażonych w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych mieszkańców; oba parametry aktualizuje się równocześnie, w jednym cyklu. Aktualizacja następuje raz w roku, a jej skutek finansowy powstaje nie częściej niż w cyklu kontraktowania. Zasadę stosuje się symetrycznie przy wzroście i przy spadku liczby mieszkańców. Zmiana danych populacyjnych nie stanowi podstawy do obniżenia finansowania za okres, w którym świadczeniodawca utrzymywał gotowość zgodnie z danymi obowiązującymi w chwili zawarcia umowy.

Dla porównywalności wyników część wartości jest podana w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców pełnoletnich. W 2026 r. stawka kapitacyjna wynosi 165,10 zł rocznie na dorosłego mieszkańca (2 × 82,55 zł za półrocze). W przedstawionej propozycji ryczałt następnie powinien się dzielić na dwa strumienie opieki: 67% przeznacza się na usługi ambulatoryjne (poradnia, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny), a 33% — na

opiekę całodobową i stacjonarną (oddział psychiatryczny ogólny, 25 łóżek na 100 tys. dorosłych mieszkańców przy docelowym rozwiązaniu).

W przypadku CZP typu A jest to jedna umowa z dwoma wyróżnikami na leczenie stacjonarne i całodobowe oraz na leczenie ambulatoryjne (przy czym oddział stacjonarny może działać również na podstawie umowy podwykonawstwa lub umowy konsorcyjnej). W przypadku CZP typu B są to zawsze dwie umowy z dwoma różnymi podmiotami leczniczymi. Jeden z nich prowadzi leczenie stacjonarne i całodobowe, drugi leczenie ambulatoryjne dla danego obszaru odpowiedzialności terytorialnej.

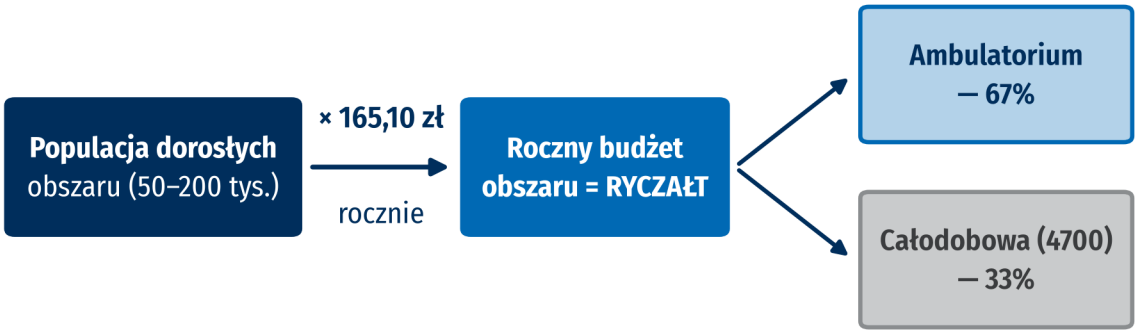
Każdy z tych ryczałtów ma tę samą wewnętrzną strukturę. 67% to stawka bazowa a 33% to część związana z realizacją wskaźników wykonania.

Część bazowa ryczałtu finansuje gotowość do udzielania opieki. Jej wysokość powinna wynikać z kalkulacji rzeczywistego kosztu utrzymania minimalnej, obowiązkowej struktury centrum, a nie wyłącznie z przyjętej proporcji procentowej; podana proporcja jest wartością wyjściową wymagającą kalibracji. Kalkulacja obejmuje tę część kosztów personelu medycznego i terapeutycznego, która wynika z obowiązku zapewnienia stałej dostępności, pracy zespołowej, koordynacji, prowadzenia dokumentacji, zastępstw oraz interwencji pilnych — także wtedy, gdy dana godzina pracy nie tworzy odrębnie rozliczanego świadczenia. Część kosztów gotowości nie zmienia się proporcjonalnie do liczby mieszkańców obszaru, dlatego przy mniejszych populacjach przeliczenie normy kadrowej nie może obniżać bazy poniżej poziomu zapewniającego ciągłość pracy centrum. Wysokość bazy podlega aktualizacji w razie ustawowego wzrostu kosztów pracy albo wprowadzenia nowych wymagań kadrowych lub organizacyjnych.

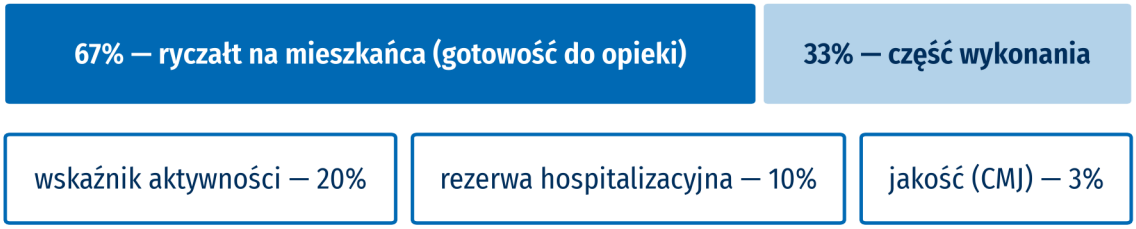
Tę część rozłożono na trzy mechanizmy zaczerpnięte z modelu zarządczego: aktywność — przeciwdziałanie kolejkom i utrzymanie opieki czynnej, rezerwę hospitalizacyjną — premiującą ograniczanie przyjęć całodobowych — oraz jakość. Podział wykonania jest orientacyjny — odpowiednio 20%, 10% i 3% ryczałtu — i wymaga kalibracji. Cały mechanizm pokazuje Rysunek V.2.

V.2 Jak powstaje budżet obszaru CZP

Od populacji obszaru do dwóch strumieni opieki i budowy ryczałtu



Budowa każdego ryczałtu (część wykonania wg modelu zarządczego):



Adnotacja. Podział 67%/33% w górnej części dotyczy rozdziału budżetu obszaru na dwa strumienie opieki (ambulatorium i opiekę całodobową), a układ 67%/33% w dolnej części — wewnętrznej budowy każdego z tych ryczałtów osobno. Baza za gotowość wynosi 67%, a pozostałe 33% zależy od wykonania. Trzy pola dolne (wskaźnik aktywności 20%, rezerwa hospitalizacyjna 10%, jakość 3%) rozkładają tę część i sumują się do 33%. Udział 67% w obu miejscach to zbieżność dwóch różnych parametrów, a nie ten sam wskaźnik. Przedział 50–200 tys. dorosłych to ustawowe granice wielkości obszaru odpowiedzialności. Źródło: opracowanie własne.

Stawka 165,10 zł to wartość nominalna, pilotażowa. Stawka kapitacyjna podlega corocznej waloryzacji oraz okresowemu przeglądowi kosztowemu. Waloryzacja następuje z mocy prawa, według wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, z zachowaniem klauzuli nieobniżania stawki poniżej poziomu z roku poprzedniego. Niezależnie od niej stawka podlega przeglądowi opartemu na rzeczywistych kosztach realizacji świadczeń, w tym kosztach kadry wynikających z przepisów o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, zmianach demograficznych populacji obszaru oraz zmianach struktury potrzeb zdrowotnych. Przegląd przeprowadza się w cyklu nie rzadszym niż trzyletnim i przed każdym postępowaniem konkursowym obejmującym obszary odpowiedzialności terytorialnej. Jego wynik stanowi podstawę korekty stawki na kolejny okres rozliczeniowy. Zmiana stawki wywołuje skutek finansowy nie częściej niż w cyklu kontraktowania, tak aby świadczeniodawca planował zatrudnienie w znanych warunkach.

Niezależnie od postulowanej wcześniej zasady uprawnień i zobowiązań macierzystego CZP za swoich pacjentów, także w trakcie hospitalizacji w postaci konsylium, rozważyć należy kolejne wzmocnienie motywacji zarządzających CZP do efektywnego objęcia pracą

środowiskową i maksymalizacji redukcji hospitalizacji możliwych do uniknięcia. Najprostszym sposobem jest wprowadzenie odpowiednio skalkulowanego ujemnego wskaźnika korygującego, który obniżyłby wynagrodzenie, jeśli dane CZP nie angażowały się w efektywną i skuteczną organizację świadczeń środowiskowych i rodzinnych. Zachęta do uzyskania wskaźnika rezultatu, jeśli jest on osiągalny i łatwo mierzalny jest zdecydowanie lepszym rozwiązaniem niż mechaniczne zachęcanie do prostego mnożenia świadczeń, nie zawsze skoncentrowanego na ich celowości i jakości. Wskaźnik ten powinien zostać oparty na utrzymaniu średniej liczby i długości hospitalizacji (l. osobodni/100 00 populacji) w odpowiednio długim przedziale czasu, najlepiej całego roku. Ponadto wskaźnik ten byłby wprowadzony dla nowych CZP od drugiego roku mierzonego od rozpoczęcia działalności, aby zespół miał wystarczająco dużo czasu do zorganizowania leczenia środowiskowego i ambulatoryjnego. Dodatkowo wskaźnik byłby wprowadzany etapami, aby w ciągu trzech lat osiągnąć wartość docelową.

5.2. Jeden obszar, dwa sposoby realizacji — typ A i typ B

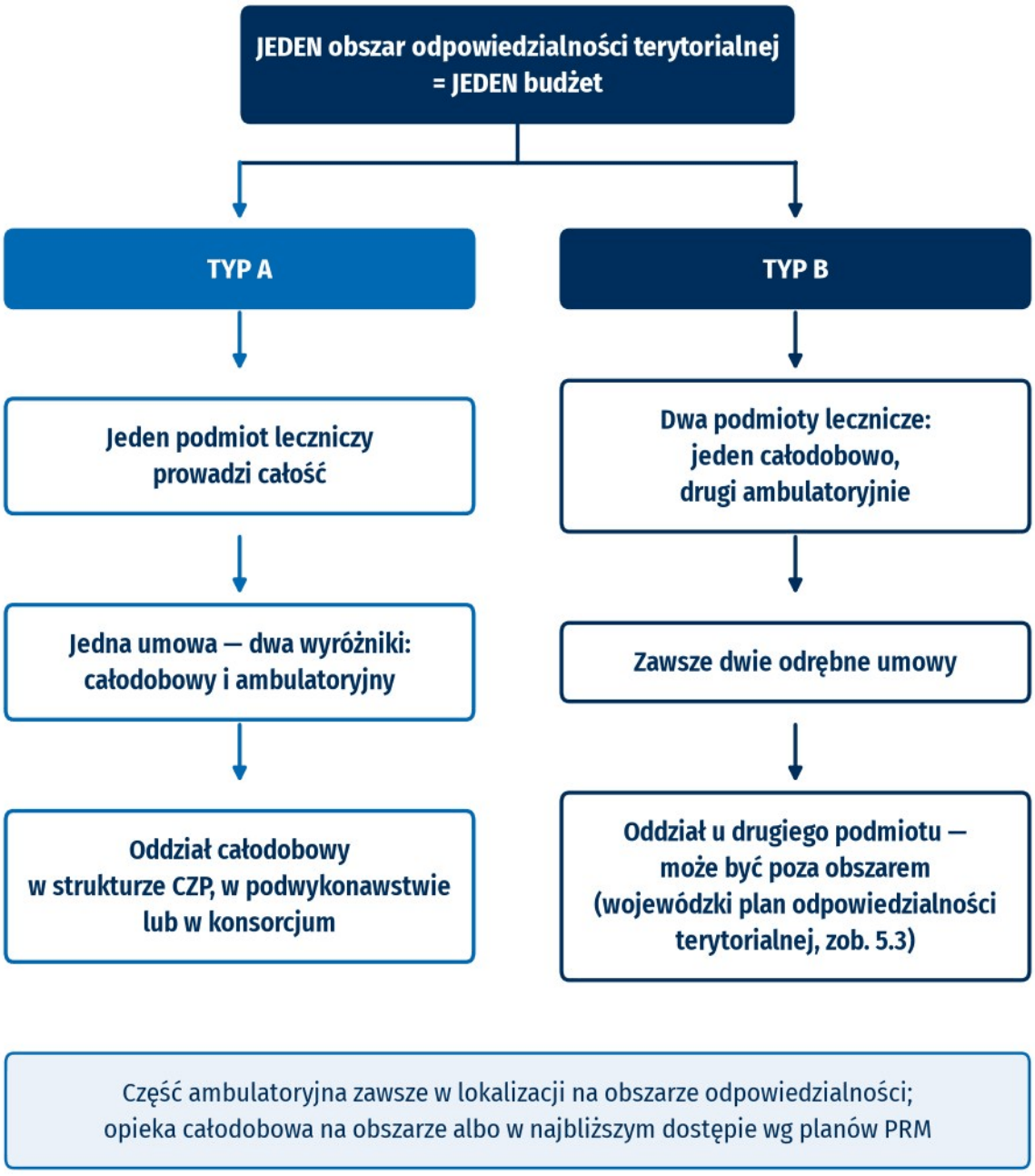
Najwięcej ryzyk wiąże się z realizacją kompleksowej usługi przez dwa niezależne podmioty. W CZP typu B świadczenia są realizowane w dwóch odrębnych umowach z OW NFZ (podobne ryzyko będzie występowało w CZP typu A kiedy na podstawie umowy konsorcjum lub podwykonawstwa oddział stacjonarny jest prowadzony przez odrębny podmiot). Te ryzyka powinny być minimalizowane poprzez wdrożenie rozporządzenia Ministra Zdrowia o standardzie organizacji opieki w podmiotach prowadzących CZP.

Część ambulatoryjna zawsze jest prowadzona w lokalizacji na obszarze odpowiedzialności. Leczenie stacjonarne i całodobowe jest realizowane na obszarze odpowiedzialności lub w najbliższym możliwym dostępnie zgodnie z planami PRM. Oddział szpitalny może znajdować się poza obszarem (zgodnie z wojewódzkim planem odpowiedzialności terytorialnej, zob. sekcję 5.3). Rozróżnienie to nie zmienia wielkości budżetu. Ten sam ryczałt jest albo w całości “zarządzany” przez jeden podmiot, albo podzielony między dwa. W rozwiązaniu dla CZP typu B nie dodaje się środków — umowy z OW NFZ tylko określają,

kto i na podstawie jakiej umowy realizuje poszczególne części opieki dla danej populacji mieszkańców. Podmiot leczniczy CZP typ A również może realizować świadczenia w zakresie usług stacjonarnych na obszarze odpowiedzialności lub poza nim. Różnicujący jest fakt, że szpital ma go we własnej strukturze lub w podwykonawstwie (jest właścicielem całej umowy z NFZ). Różnicę pomiędzy typami pokazuje Rysunek V.3.

V.3 Jeden obszar, jeden budżet — dwa sposoby realizacji

Typ A i typ B: ten sam ryczałt, inna liczba podmiotów i umów



Adnotacja. Typ B nie zwiększa środków — ten sam ryczałt obszaru dzieli się między dwa podmioty; różnica dotyczy liczby umów i liczby "właścicieli" tych umów. Źródło: opracowanie własne na podstawie projektu Zespołu ds. zmian systemowych w CZP.

Umowa na realizację świadczeń CZP dla podmiotu prowadzącego oddział całodobowy rozkłada się na cztery rozliczane osobno części, nazywane wyróżnikami. Wyróżnik 1 to ryczałt na świadczenia ambulatoryjne (67% budżetu obszaru). Wyróżnik 2 to ryczałt na oddział całodobowy własnego obszaru (33%). Wyróżnik 3 to ryczałt dla oddziału zabezpieczającego

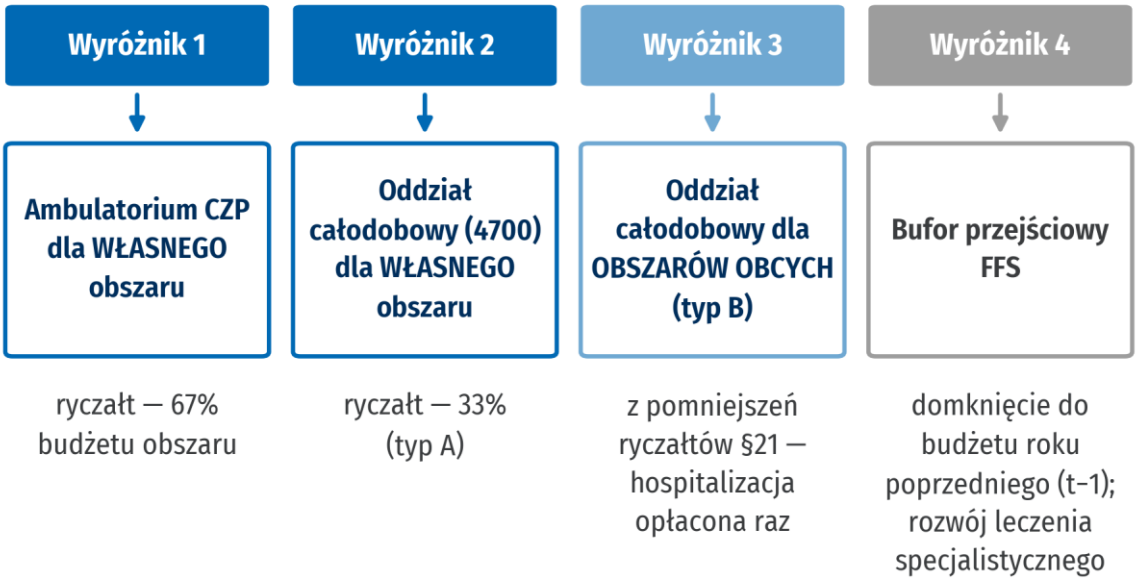
hospitalizacje mieszkańców obszarów obcych (np. sąsiednich centrów typu B lub pacjentów poza rejonowych z obszarów gdzie nie ma jeszcze CZP a także pacjentów innych CZP) — finansowany ze środków na dany obszar, tak by hospitalizacja była opłacona dokładnie raz.

Mechanizm ten działa wyłącznie wewnątrz jednego oddziału wojewódzkiego NFZ. W danych rozliczeniowych z lat 2018–2025 żaden z dużych szpitali psychiatrycznych (IPiN, Kryzan, Dziekanka) nie otrzymał korekty od centrum spoza własnego województwa. Hospitalizacje międzywojewódzkie są opłacane wprost z umów 04.4700 szpitala przyjmującego, poza budżetem populacyjnym CZP pacjenta. Model docelowy wymaga więc domknięcia rozliczeń ponad granicami województw.

Wyróżnik 4 to bufor przejściowy rozliczany metodą płatności za usługę (*fee-for-service, FFS*). Jego rolą jest domknięcie budżetu podmiotu do poziomu roku poprzedniego (zasada t−1) i sfinansowanie przekształcania łóżek ogólnopsychiatrycznych w specjalistyczne — II poziom referencyjny z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz realnych kosztów leczenia. Wyróżnik 4 ma zapobiegać temu, by którykolwiek podmiot otrzymał w nowym modelu mniej środków niż dotychczas. Konstrukcję umowy pokazuje Rysunek V.4.

V.4 Z czego składa się umowa szpitala — cztery wyróżniki

Jedna umowa, cztery rozliczane osobno części



Adnotacja. Wyróżniki 1–3 są wyceniane populacyjnie (ryczałt), wyróżnik 4 — wyróżniony szarym kolorem — jest czasowym mechanizmem *fee-for-service* i wygasa po domknięciu budżetu do poziomu roku poprzedniego (t−1). Udziały 67% i 33% odnoszą się do budżetu własnego obszaru, a nie do całej umowy podmiotu, która obejmuje także wyróżniki 3 i 4. Źródło: opracowanie własne na podstawie propozycji Zespołu ds. zmian systemowych w CZP (prezentacja z 2 czerwca 2025 r.) oraz rozdziału V Białej Księgi.

Populacja mieszkająca poza obszarami CZP nie jest pozbawiona opieki — korzysta z poradni, oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego i oddziałów stacjonarnych

kontraktowanych poza formułą CZP. Środki na te świadczenia już dziś krążą w systemie. Wejście CZP na dany obszar przekształca to dotychczasowe finansowanie w ryczałt. Dlatego koszt netto reformy = koszt brutto − offset (wartość świadczeń tożsamych już finansowanych).

Ponadto, na poziomie OWU i Zarządzeń Prezesa, dla podmiotów realizujących w okresie przejściowym świadczenia znajdujące się jednocześnie w "koszyku" CZP, przede wszystkim dla PZP można zastosować dodatkowy bezpiecznik. Podmioty te, realizując świadczenia dla pacjentów zamieszkujących teren w obszarze ich działania/ kontraktowania a nadal nie objęty opieką CZP otrzymywałyby wskaźnik korygujący, zachęcający do koncentracji świadczeń dla tej populacji. Jednocześnie świadczenia udzielane pacjentom mieszkającym na terenie już objętym działalnością centrum zostałyby zamrożone. Pośrednio przyczyniłoby się do wyrównywania dostępności a jednocześnie zaoszczędziłoby zasoby na poziomie systemowym.

Wielkość "offsetu" zależy od przyjętych założeń. W scenariuszu ostrożnym (A) zalicza się do offsetu wyłącznie połowę kontraktów „04 — pozostałe zakresy". W scenariuszu roboczym (B) dodaje ambulatoryjne świadczenia tożsame. A w scenariuszu pełnej konwersji (C) zakłada przejście całości środków tożsamych w ryczałt, w tym poradni psychologicznych, oddziałów psychosomatycznych czy dla przewlekle chorych. Wniosek jest jednak odporny na wybór scenariusza. Nawet w najostrożniejszym wariancie środki nowe to ułamek kwoty, którą system i tak wydaje rocznie na leczenie psychiatryczne dorosłych. Pełne wdrożenie CZP jest więc w przeważającej mierze operacją przekształcenia umów, a nie poszukiwania nowego strumienia wydatków.

5.3. Jak wyznacza się obszary — wojewódzki plan odpowiedzialności terytorialnej

Granice obszarów nie są ustalane dowolnie. Plan odpowiedzialności terytorialnej opracowuje wojewoda w uzgodnieniu z marszałkiem województwa, dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ, konsultantem wojewódzkim ds. psychiatrii oraz przedstawicielami strony społecznej. Liczbę dorosłych mieszkańców obszaru ustala się według źródła i daty referencyjnej określonych w pkt 5.1. Ta sama wartość jest podstawą budżetu i wymagań kadrowych. Plan trafia następnie do Ministra Zdrowia, który zatwierdza go w ciągu 60 dni. Każdy obszar obejmuje od 50 tys. do 200 tys. dorosłych mieszkańców. Miejsca udzielania świadczeń muszą być powiązane z: 1) dostępnością dla jak największej populacji, 2) minimalizowaniem wykluczenia komunikacyjnego, szczególnie w powiatach, gdzie wskaźnik obciążenia demograficznego rośnie, 3) w uzgodnieniu z podmiotami leczniczymi i planowanymi inwestycjami.Dodatkowe miejsca udzielania świadczeń są obowiązkowe, gdy populacja przekracza 80 tys. albo obszar obejmuje więcej niż jeden powiat lub dzielnicę. Próg ma charakter kierunkowy — dopuszcza się odstępstwo do ±15%, jeżeli przemawia za tym spójność komunikacyjna obszaru lub granice dzielnic. Biorąc pod uwagę aktualnie działające CZP, sto szesnaście z nich nie wymaga ponownej analizy dot. wielkości populacji. Kilka CZP wymagałoby decyzji o odstępstwie lub renegocjacji umowy. Trzy obszary są poza

tym progiem — Bielsko-Biała/Olszówka (powyżej), Kolno i Strzelin (poniżej). Tę samą tolerancję przyjęto przy równoważeniu obszarów gdańskich. Procedurę przedstawia Rysunek V.5.

Wojewódzki plan odpowiedzialności terytorialnej powinien zawierać mierzalną ocenę dostępności komunikacyjnej do PZK i podstawowych form opieki ambulatoryjnej, obejmującą czas dojazdu transportem publicznym, częstotliwość połączeń i ich dostępność dla osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami. Plan należy konsultować z gminami i powiatami, które wskazują lokalne bariery transportowe. Dla obszarów o niewystarczającej dostępności plan powinien wskazywać dodatkowy punkt udzielania świadczeń, mobilną opiekę środowiskową lub inne rozwiązanie kompensujące. Obszary odpowiedzialności terytorialnej podlegają okresowemu przeglądowi. Przegląd przeprowadza się nie rzadziej niż raz na trzy lata oraz każdorazowo przed postępowaniem konkursowym obejmującym dany obszar, w trybie właściwym dla jego wyznaczenia. Kryterium liczby mieszkańców jest w przeglądzie konieczne, ale niewystarczające. Uwzględnia się także dostępność transportową i czas dojazdu do miejsc udzielania świadczeń, kierunki dojazdów mieszkańców do pracy i nauki, migracje wewnętrzne i zmiany osadnicze, rozmieszczenie kadry i infrastruktury podmiotów leczniczych oraz rzeczywiste przepływy pacjentów między obszarami, wykazane danymi sprawozdawczymi płatnika. Dane o przepływach pacjentów odczytuje się łącznie z korektami rozliczeń międzycentrowych, ponieważ trwały przepływ w jednym kierunku wskazuje na wadliwie wyznaczoną granicę obszaru, a nie na zachowanie pacjentów. Zmiana granic obszaru wymaga konsultacji z właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego i podmiotami leczniczymi, wskazania terminu wejścia w życie nieprzypadającego w trakcie okresu rozliczeniowego oraz równoczesnego dostosowania budżetu i wymagań kadrowych na zasadach określonych w pkt 5.1.

V.5 Jak powstaje wojewódzki plan odpowiedzialności terytorialnej

Od uzgodnień regionalnych do zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia



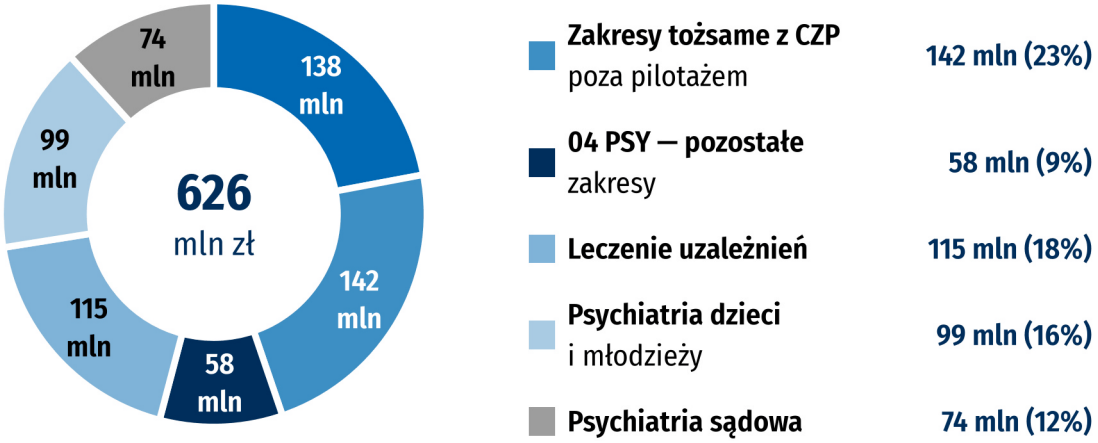
Adnotacja. Schemat odwzorowuje tryb przewidziany w projekcie zmian ustawowych, w którym plan opracowuje wojewoda. Nie jest to sprzeczne z proponowanym w rozdziale IV powierzeniem odpowiedzialności regionalnej marszałkowi, ponieważ marszałek występuje tu jako obligatoryjna strona uzgodnień. Oba terminy 60-dniowe są maksymalne. Pierwszy biegnie od wejścia w życie zmiany ustawowej, drugi od przesłania planu. Źródło: opracowanie własne na podstawie materiału „Tworzenie planów odpowiedzialności terytorialnej" (Zespół ds. zmian systemowych w CZP).

5.4. Województwo pomorskie — studium przypadku

Oszacowanie kosztów reformy w województwie pomorskim musi uwzględniać aktualne środki wydawane na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień przez oddział wojewódzki NFZ. Łączne nakłady na oba rodzaje rosną: rok wcześniej, według aneksów na 31 grudnia 2025 r., wynosiły 578,6 mln zł, czyli 245 zł na mieszkańca województwa, obecnie 626,6 mln zł, czyli 266 zł na mieszkańca — o 8,3% więcej (ludność: GUS BDL, stan na 31 grudnia 2024 i 2025 r.). Według zakontraktowanych kwot (w tym aneksów) obowiązujących 30 czerwca 2026 r. na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień (rodzaj 04) OW NFZ przeznaczył kwotę 488,5 mln zł, na pilotaż CZP (rodzaj 18) 138,1 mln zł. Budżet na świadczenia tożsame do centrum zdrowia psychicznego zakontraktowane na zasadzie *fee-for-service* w całym województwie, w tym na obszarach pilotażu wynosi 142,4 mln zł (29,2% rodzaju 04). Leczenie uzależnień, psychiatria dzieci i młodzieży oraz psychiatria sądowa pozostają poza modelem CZP. Strukturę wydatków pokazuje Rysunek V.6. Największe pozycje rodzaju 04 poza tą bazą to leczenie uzależnień (115,2 mln zł, 23,6%), psychiatria dzieci i młodzieży (98,8 mln zł, 20,2%) oraz psychiatria sądowa (73,6 mln zł, 15,1%) — wszystkie poza środkami pilotażowymi CZP.

V.6 Struktura wydatków NFZ na opiekę psychiatryczną — województwo pomorskie, stan na 30.06.2026

Razem 626 mln zł; rodzaj 04 (psychiatria i uzależnienia) + rodzaj 18 (CZP dla dorosłych)



Źródło: API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), wszystkie OW, rodzaj 04+18. Wartość roczna z aneksu obowiązującego na 30.06.2026 (koniec I półrocza).

Adnotacja. Wartości to kwoty zakontraktowane według aneksów obowiązujących 30 czerwca 2026 r. Zestawienie obejmuje rodzaj 04 (opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień) oraz rodzaj 18 w części dotyczącej pilotażu centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych. W województwie pomorskim działa 8 CZP prowadzonych przez 8 podmiotów leczniczych. Źródło: opracowanie własne na podstawie API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), Pomorski OW NFZ.

Najważniejsze pytanie praktyczne to jak nowy schemat przełoży się na umowy podmiotów, które już dziś prowadzą CZP?

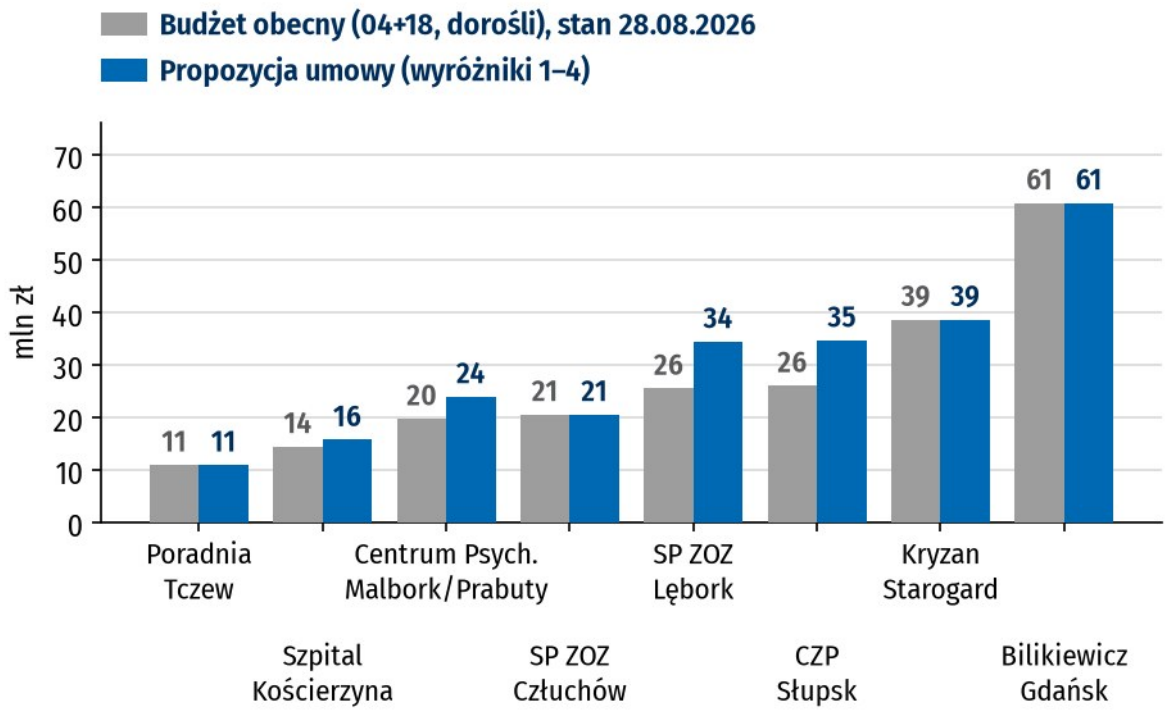
Symulację przeprowadzono dla ośmiu pomorskich realizatorów pilotażu. Dla każdego zestawiono budżet obecny (zakres 04 i 18 dla dorosłych, stan umów na 28 sierpnia 2026 r.) z proponowaną umową wyliczoną wg schematu wyróżników. Dla wyróżników związanych z realizacją ryczałtu dla populacji mieszkańców przyjęto stawkę 165,10 zł. Podział środków odbywa się na podstawie wojewódzkich planów transformacji, które zawierają mapy odpowiedzialności terytorialnej. Zostały one opracowane w pilotażu we współpracy z Biurem ds. pilotażu NPOZP (potocznie Biurem Pilotażu). Łącznie obecny budżet ośmiu podmiotów (04 + 18, dorośli) wynosi ok. 216 mln zł, a proponowana wartość umów — ok. 239 mln zł. Wzrost wynika z tego, że zaproponowany schemat uwzględnia — zgodnie z mapami odpowiedzialności — dodatkowe obszary. Część podmiotów przejmuje odpowiedzialność za populację dotąd słabo objętą, a szpitale zabezpieczające leczenie całodobowe otrzymują

wyróżnik 3 za hospitalizacje obszarów typu B. Tam, gdzie nowe wyróżniki dają mniej niż budżet obecny (np. Kryzan w Starogardzie, gdzie duża część środków to dziś leczenie stacjonarne), różnicę domyka wyróżnik 4 (bufor FFS) — mechanizm utrzymania poziomu t−1 i środki na rozwój leczenia specjalistycznego. Porównanie podmiot po podmiocie przedstawia Rysunek V.7, a pełne rozbicie na wyróżniki — Tabela 10.

Jedno zastrzeżenie do odczytu symulacji. Poza ośmioma CZP pozostają obszary bez realizatora pilotażu, choć są ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. To m. Sopot i część Gdańska.

V.7 Co zmienia schemat — osiem CZP w województwie pomorskim

Budżet 04+18 (dorośli) wg umów na 28.08.2026 a proponowana umowa wg wyróżników, stawka 165,10 zł



Adnotacja. Zestawiono budżet obecny (zakresy 04 i 18 dla dorosłych) z wartością umowy wyliczoną według czterech wyróżników przy stawce 165,10 zł. Słupki równej wysokości oznaczają podmioty, u których wyróżnik 4 domyka umowę do budżetu roku poprzedniego, a nie brak danych. Źródło: opracowanie własne na podstawie API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), Pomorski OW NFZ, stan na 28 sierpnia 2026 r. Zgodnie z mapami odpowiedzialności terytorialnej i zabezpieczeniem przyjęć mieszkańców w ostrym kryzysie psychicznym przez PRM (zob. akapity przed Tabelą 12).

Tabela 10. Symulacja umowy ośmiu pomorskich CZP — budżet obecny a propozycja wg wyróżników (mln zł).

stawka 165,10 zł; stan umów na 28 sierpnia 2026 r.

Podmiot	Budżet 2026	W1	W2	W3	W4	Propozycja	Δ
Bilikiewicz, Gdańsk	60,8	37,9	11,4	11,2	0,3	60,8	+0,0
Centrum Psychiatrii, Malbork/Prabuty	19,7	16,0	7,9	0,0	0,0	23,9	+4,2
Poradnia, Tczew	10,9	9,9	0,0	0,0	1,0	10,9	+0,0
Kryzan, Starogard Gd.	38,6	11,0	5,4	4,9	17,3	38,6	+0,0
Szpital, Kościerzyna	14,4	6,3	3,1	6,3	0,0	15,7	+1,3
SP ZOZ, Człuchów	20,5	13,1	6,5	0,0	0,9	20,5	+0,0
CZP, Słupsk	26,0	23,2	8,1	3,3	0,0	34,6	+8,6
SP ZOZ, Lębork	25,5	25,7	2,8	5,9	0,0	34,4	+8,9
RAZEM 8 CZP	**216,4**	**143,1**	**45,2**	**31,6**	**19,5**	**239,4**	**+23,0**

Adnotacja. Wartości w mln zł według umów obowiązujących 28 sierpnia 2026 r. W1 to ambulatorium własnego obszaru, W2 — oddział całodobowy własnego obszaru, W3 — oddział przyjmujący pacjentów obszarów obcych, W4 — bufor przejściowy domykający umowę do budżetu roku poprzedniego (zasada t−1); Δ to różnica między propozycją a budżetem obecnym. Zestawiając tę tabelę z Tabelą 12 nie należy porównywać propozycji z ryczałtem. Porównywalna jest suma W1–W3 (219,9 mln zł), ponieważ bufor W4 nie wchodzi do alokacji, a różnica do 315,4 mln zł przypada na obszary bez realizatora CZP. Źródło: opracowanie własne na podstawie API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), Pomorski OW NFZ.

Szpital Marynarki Wojennej nie podpisał ostatecznie umowy pilotażowej i realizuje wyłącznie świadczenia rodzaju 04. Pozostałe obszary z map odpowiedzialności terytorialnej (por. Tabela 12) mają status „do objęcia” lub „do przypisania”. Wartości 216,4 → 239,4 mln zł należy więc czytać jako oszacowanie dla obecnej sieci, a pełne pokrycie województwa to kwota 315,4 mln zł z Tabeli 12.

Jak pokazuje Tabela 10 bieżąca pula psychiatrii dorosłych w województwie pomorskim w przeważającej części pokrywa już niezbędną alokację środków finansowych. Uzupełnienie umów dla już istniejących ośmiu podmiotów pochodzi więc głównie z konwersji zakresów 04 realizowanych dziś poza centrami. Dodatkowe środki to przede wszystkim pozostałe obszary nieobjęte jeszcze CZP.

Aktualne umowy OW NFZ na 2026 r obejmujące podstawowe leczenie psychiatryczne dla dorosłych (I poziom referencyjny), tj. umowy pilotażowe centrów zdrowia psychicznego (138,1 mln zł) oraz zakresu opieki psychiatrycznej realizowanych poza centrami (142,4 mln zł), to kwota około 280,5 mln zł. To 89% docelowej kwoty. Pełne objęcie wszystkich piętnastu obszarów wymaga alokacji środków na poziomie 315,4 mln zł rocznie (Tabela 12). Koszt modelu to przede wszystkim przekształcenie istniejących umów, przy dodatkowej alokacji na całe województwo rzędu 34,8 mln zł rocznie (to jest 0,37% całego budżetu OW NFZ). Tabela poniżej przedstawia kwoty zakontraktowane przez OW NFZ poza ryczałtem.

Tabela 11. Zakresy tożsame z ofertą CZP w województwie pomorskim — poza pilotażem i w umowach pilotażowych (mln zł).

stan umów na 28 sierpnia 2026 r.

Zakres	Nazwa świadczenia	Poza pilotażem	W umowach CZP	Razem
1700	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	36,3	3,7	40,0
2700	świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych (wraz z 2702)	8,9	2,0	10,8
2730	leczenie środowiskowe (domowe)	2,5	0,0	2,5
4700	świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (oddział całodobowy)	94,8	7,7	102,5
RAZEM		142,4	13,4	155,9

Adnotacja. Wartości to kwoty zakontraktowane według aneksów obowiązujących 28 sierpnia 2026 r. Kolumna „Poza pilotażem" obejmuje umowy rodzaju 04, a „W umowach CZP" — świadczenia tych samych zakresów rozliczane według ceny jednostkowej w umowach pilotażowych, przede wszystkim leczenie pacjentów spoza obszaru centrum. Kwota ta wchodzi w skład środków pilotażu obok ryczałtu, więc kolumny „Razem" nie należy sumować z kwotą pilotażu z Rysunku V.6. Źródło: opracowanie własne na podstawie API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), Pomorski OW NFZ.

Tabela 12. Piętnaście obszarów odpowiedzialności terytorialnej w województwie pomorskim — proponowany ryczałt a szacowane bieżące wydatki NFZ (mln zł, stawka 165,10 zł) (część 1 z 2)

stan umów na 28 sierpnia 2026 r.; populacje pełnoletnich GUS

Obszar	Typ	Powiaty / dzielnice	Pełnoletni	Ryczałt	Szac. NFZ	W1	Zabezp.
G1	A	m. Gdańsk — obszar Bilikiewicza	209 343	34,6	26,2	Bilikiewicz	Bilikiewicz
G2	A	m. Gdańsk — obszar Marynarki Woj. + Sopot	225 862	37,3	16,9	7 Szpital MW	7 Szpital MW
G3	B	gdański + nowodworski	133 028	22,0	9,9	Bilikiewicz	Bilikiewicz
G4	A	malborski + sztumski + kwidzyński	144 815	23,9	22,2	Malbork	Malbork
G5	B	tczewski	89 226	14,7	13,7	Tczew	Kryzan
G6	A	starogardzki	99 295	16,4	25,8	Kryzan	Kryzan
G7	A	chojnicki + człuchowski	118 704	19,6	29,8	Człuchów	Człuchów
G8	B	bytowski	60 307	10,0	4,5	Słupsk	Słupsk

Adnotacja. Część 1 z 2 — obszary G1–G8; ciąg dalszy i pełna nota źródłowa znajdują się pod częścią 2. Wartości w mln zł według umów obowiązujących 28 sierpnia 2026 r. Kolumna „Ryczałt" to liczba pełnoletnich mieszkańców obszaru pomnożona przez stawkę 165,10 zł, „Szac. NFZ" — szacowane bieżące wydatki na te same świadczenia; różnica między nimi jest miarą luki finansowania obszaru, a zapis „do objęcia" oznacza brak realizatora części ambulatoryjnej, a nie zerowy koszt. Suma obu obszarów gdańskich (435 205 dorosłych) różni się o 43 osoby od sumy GUS dla Gdańska i Sopotu (435 248) wskutek zaokrągleń przy kalibracji współczynnikiem 1,1653.

Kolumny „W1" i „Zabezp." w Tabeli 12 przenoszą mapę odpowiedzialności terytorialnej i zabezpieczenia łóżkowego opracowaną we współpracy z Biurem ds. pilotażu NPOZP. Pierwsza kolumna wskazuje podmiot prowadzący część ambulatoryjną obszaru — punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, poradnię i zespół środowiskowy — a druga szpital, na którego oddziale zabezpieczone są hospitalizacje mieszkańców obszaru. Mapa jest propozycją do planu OW NFZ, a nie rozstrzygnięciem. O ostatecznym przypisaniu zdecydują umowy.

Tabela 12. Piętnaście obszarów odpowiedzialności terytorialnej w województwie pomorskim — proponowany ryczałt a szacowane bieżące wydatki NFZ (mln zł, stawka 165,10 zł) (część 2 z 2)

stan umów na 28 sierpnia 2026 r.; populacje pełnoletnich GUS

Obszar	Typ	Powiaty / dzielnice	Pełnoletni	Ryczałt	Szac. NFZ	W1	Zabezp.
G9	A	kościerski	56 567	9,3	18,9	Kościerzyna	Kościerzyna
G10	B	kartuski	116 108	19,2	8,7	— do objęcia	Kościerzyna
G11	A	m. Słupsk + słupski	149 264	24,6	39,7	Słupsk	Słupsk
G12	A	lęborski	51 084	8,4	30,0	Lębork	Lębork
G13a	B	wejherowski: Choczewo / Łęczyce / Linia / Luzino / Szemud / Wejherowo	109 155	18,0	8,2	Lębork	Lębork
G13b	B	wejherowski: Reda / Rumia / Gniewino	72 134	11,9	5,4	Lębork	Bilikiewicz
G14	B	pucki	73 482	12,1	5,5	— do objęcia	do przypisania (PRM: Gdańsk)
G15	B	m. Gdynia	202 257	33,4	15,1	— do objęcia	do przypisania (PRM: Gdańsk)
RAZEM		**15 obszarów**	**1 910 631**	**315,4**	**280,6**		

Adnotacja. Część 2 z 2 — ciąg dalszy wykazu obszarów; nota odnosi się do całej tabeli. Wartości w mln zł według umów obowiązujących 28 sierpnia 2026 r. Kolumna „Ryczałt" to liczba pełnoletnich mieszkańców obszaru pomnożona przez stawkę 165,10 zł, „Szac. NFZ" — szacowane bieżące wydatki na te same świadczenia, złożone ze składnika przypisanego działającemu centrum oraz świadczeń tożsamych rodzaju 04 rozłożonych na mieszkańca (74,53 zł); „W1" wskazuje realizatora części ambulatoryjnej, „Zabezp." — podmiot zabezpieczający hospitalizacje, a zapis „do objęcia / do przypisania" oznacza brak realizatora wśród ośmiu obecnych centrów, a nie zerowy koszt. Kolumna „Szac. NFZ" obejmuje całe województwo, więc przewyższa budżet ośmiu centrów z Tabeli 10 o 64,2 mln zł — tyle wydaje się dziś u świadczeniodawców spoza sieci CZP. Źródło: opracowanie własne na podstawie API Umowy NFZ (api.nfz.gov.pl/app-umw-api), Pomorski OW NFZ, dane GUS BDL 2025.

Przypisania zabezpieczeń zweryfikowano z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne: z rozmieszczeniem 118 zespołów ratownictwa medycznego i dwóch rejonów operacyjnych z wojewódzkiego planu działania systemu oraz z odległościami gmin do najbliższego oddziału psychiatrycznego według Map Potrzeb Zdrowotnych. Kryterium jest proste — łóżka powinny być zakontraktowane tam, dokąd karetka i tak wiezie pacjenta w ostrym kryzysie psychicznym.

Dla dwunastu z trzynastu przypisanych obszarów mapa i praktyka transportowa są zgodne. Jedyną korektę na mapach opracowanych w Biurze ds. pilotażu NPOZP wymusił obszar G8. Dla Bytowa, Miastka i sześciu kolejnych gmin powiatu bytowskiego najbliższym punktem przyjęć jest Słupsk, powiat leży w tym samym rejonie operacyjnym co Słupsk i Lębork, a przy Kościerzynie pozostają jedynie Parchowo i Studzienice, przypisane do obszaru kościerskiego w rozporządzeniu pilotażowym. Zabezpieczenie G8 wskazano więc w Słupsku — zgodnie z faktycznym kierunkiem transportu i z wyliczeniem Tabeli 10, w której składnik za łóżka bytowskie (3,3 mln zł) przypada podmiotowi słupskiemu.

Weryfikacja z PRM wyznacza też kryterium dla obszarów jeszcze nieprzypisanych. Stosuje się je zawsze dla całego obszaru, bo jednostką przypisania jest obszar, a nie gmina. Każdy obszar ma jedno zabezpieczenie całodobowe. Dla powiatu kartuskiego (G10) mapa wskazuje Kościerzynę; z południowej części powiatu jest do niej najbliżej, z północnej bliższy jest Gdańsk, co warto zważyć przy potwierdzaniu tego przypisania w planie OW. Rozstrzygnięcie będzie jednak jedno dla całego obszaru. Dla Gdyni i powiatu puckiego (G14, G15) jedynym kierunkiem przyjęć jest dziś Gdańsk — z odległościami sięgającymi 48 km z Władysławowa — i to czyni przypisanie tych obszarów pilnym: około 0,89 mln dorosłych, blisko połowa województwa, korzysta obecnie z jednego punktu przyjęć przy ul. Srebrniki. Ma to też konsekwencję finansową: część całodobowa alokacji obu obszarów (15,0 mln zł z 45,5) jest już dziś wydawana w gdańskich szpitalach jako rozliczenia za wykonaną usługę. Przypisanie zabezpieczenia przekształci ją w wyróżnik 3, a nowych środków wymaga przede wszystkim część ambulatoryjna (30,5 mln zł).

5.5. Dwa typowe przypadki z mapy pomorskiej — Starogard i Tczew

Mapę pomorską można zobrazować za pomocą dwóch przypadków. Typ A reprezentuje Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim. Jeden podmiot leczniczy prowadzi oddział całodobowy i ambulatorium w jednej umowie. Hospitalizacja własnych mieszkańców generuje jedynie marginalny przepływ na zewnątrz. Typ B reprezentuje Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Poradnia Zdrowia Psychicznego” s.c. Alina Jamrowska-Szymoniak, Wiesław Szymoniak, Mateusz Jamrowski. Podmiot nie posiada własnego oddziału leczenia całodobowego, prowadzi część ambulatoryjną. Hospitalizacje mieszkańców realizuje najbliższy oddział całodobowy (Starogard) na mocy drugiej, odrębnej umowy. NZOZ z Tczewa ma ryczałt ambulatoryjny, a Szpital w Starogardzie ma ryczałt szpitalny. Te środki są ujęte w wyróżniku 3 szpitala.

Dzięki czemu hospitalizacja jest opłacona dokładnie raz. W projektowanej mapie obszarów przypisanie obszarów typu B rządzi się zasadą najbliższego oddziału całodobowego: powiat tczewski → Starogard; powiat gdański i nowodworski → Gdańsk (Bilikiewicz) itd.

Szpital im. Kryzana jest największym beneficjentem korekt CZP. W przypadku czterech spośród siedmiu pozostałych centrów OW NFZ finansuje hospitalizację mieszkańców z ich obszarów właśnie w tym szpitalu, tj. CZP Tczew - 84% kosztów hospitalizacji, CZP Kościerzyna - 56%, CZP Malbork - 45%, CZP Człuchów - 33%.

5.6. Gdańsk — jeden kod TERYT, dwa centra

Gdańsk jest przykładem szczególnym — tzw. CZP bezterytorialnym. To konkretny problem zidentyfikowany w pilotażu. W ramach jednego kodu terytorialnego (TERYT 2261) zaplanowano dwa centra zdrowia psychicznego. Wymusza to skala miasta — Gdańsk liczy ponad 407 tys. dorosłych, a górny próg obszaru odpowiedzialności wynosi 200 tys. Pierwsze centrum zostało uruchomione przez Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza. Objęło ono obszar południowo-wschodni — m.in. Śródmieście, Chełm, Orunię, Ujeścisko-Łostowice, Jasień, Siedlce, Suchanino, Wrzeszcz Górny, Stogi, Nowy Port i Wyspę Sobieszewską. Drugie CZP miałoby być prowadzone przez 7 Szpital Marynarki Wojennej i obejmować obszar północno-zachodni — m.in. Przymorze, Zaspę, Żabiankę, Brzeźno, Wrzeszcz Dolny, Oliwę, Strzyżę, Piecki-Migowo, Kokoszki, Osowę i Matarnię. Do tego obszaru dołączony został Sopot. Granica biegnie po osiedlach, a nie po kodzie TERYT, który dla całego miasta pozostaje jeden. Przypisanie gminy do obszaru podlega przeglądowi na zasadach określonych w pkt 5.3.

Liczbę dorosłych w każdej z połówek miasta można oprzeć na dwóch źródłach. Urząd Miejski w Gdańsku przekazał liczbę osób pełnoletnich zameldowanych według ulic (stan na 20 maja 2026 r.): 349 981 dorosłych, w tym 339 967 na pobyt stały i 10 014 na czasowy. Są to więc dane o samych dorosłych, a nie o całej populacji. Nie wymagają przeliczania. Rejestr meldunkowy nie obejmuje jednak osób mieszkających w mieście bez zameldowania (studentów, pracowników, najemców), dlatego faktyczna liczba mieszkańców podawana przez GUS jest wyższa: 407 848 dorosłych (GUS BDL, 2025 r.). Różnica wynosi 57,9 tys. (16,5%) — meldunki odpowiadają 86% liczby rzeczywistej.

Ponieważ ryczałt nalicza się od faktycznego mieszkańca, a nie od zameldowanego, podstawą wyceny jest liczba mieszkańców określana przez GUS. Aby rozdzielić ją między dwa centra, każdą z 1754 ulic z rejestru meldunkowego przypisano do osiedla metodą przestrzenną — nakładając punkty ulic na granice osiedli. Dopasowano w ten sposób 94,7% zameldowanych dorosłych, resztę rozłożono proporcjonalnie. Podział okazał się bliski połowie: 51,3% przypada na obszar Bilikiewicza (południowo-wschodni), a 48,7% na obszar 7 Szpitala Marynarki Wojennej (północno-zachodni). Gęsto zaludnione dzielnice południa i śródmieścia (Ujeścisko-Łostowice, Chełm, Orunia Górna, Jasień, Śródmieście) przeważają nad rozproszonymi Kokoszkami, Osową i Matarnią na północnym zachodzie.

Po kalibracji do sumy GUS daje to 209,3 tys. dorosłych w obszarze południowo-wschodnim (G1) i 198,5 tys. w gdańskiej części obszaru północno-zachodniego (G2 bez Sopotu). Te wartości przyjęto do dalszych obliczeń szacunkowych (Tabela 12: obszar G1 — 209 343 dorosłych; obszar G2 — 225 862 dorosłych, a więc w dopuszczalnym odstępstwie ±15% od górnej granicy widełek, tj. 198,5 tys. gdańskiej części plus 27,4 tys. dorosłych mieszkańców Sopotu).

Samego podziału na osiedla nie dokonuje się dowolnie. Przebiega on według ustalonej procedury, mającej podstawę w propozycji Raportu końcowego Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Procedura ma cztery kroki. Najpierw gromadzi się listę ulic z kodami TERYT i liczbą dorosłych (dane Urzędu Miasta). Następnie ulice grupuje się geograficznie w dwa obszary o zbliżonej liczbie mieszkańców — z progiem równowagi do ±10–15% od średniej. Potem weryfikuje się spójność przestrzenną. Obszary muszą być zwarte (bez enklaw), granice logiczne (osiedle nie jest dzielone na pół), z poszanowaniem barier naturalnych — rzek i linii kolejowych. Na końcu ulice graniczne oraz te o dużej liczbie mieszkańców przesuwa się ręcznie, dokumentując każdą zmianę.

Ta sama procedura może z powodzeniem objąć pięć miast, w których obszary CZP nie mają odrębnego kodu TERYT: Gdańsk i Szczecin (po dwa centra) oraz Lublin, Białystok i Bydgoszcz (po trzy). Cztery zasadnicze etapy przedstawia Rysunek V.8. Reguły tej procedury można ująć w osiem rozstrzygnięć, które czynią podział możliwym i sprawiedliwym. O przynależności każdego mieszkańca decyduje reguła, a nie uzgodnienie między podmiotami.

V.8 Jak dzieli się miasto na obszary CZP — cztery kroki

Procedura dla miast bez odrębnego kodu TERYT dla obszarów: Gdańsk, Szczecin, Lublin, Białystok, Bydgoszcz



Adnotacja. Procedura dotyczy wyłącznie miast mających jeden kod TERYT dla obszaru, który trzeba podzielić między dwa lub więcej centrów. Próg równowagi ±10% (docelowo) lub ±15% (akceptowalnie) odnosi się do odchylenia liczby dorosłych w obszarze od średniej, a nie do liczby ulic; dla Gdańska metodę wykonano na 1754 ulicach (dopasowanie przestrzenne 94,7%), uzyskując realny podział 51,3%/48,7% zamiast nominalnego 50/50. Źródło: opracowanie własne.

W trakcie spotkań roboczych w Zespole ds. zmian systemowych w CZP zręby tych założeń wypracowano we współpracy z interesariuszami z Lublina. Można ją sprowadzić do kilku punktów.

1) Jednostką podziału jest ulica identyfikowana kodem TERYT, a nie jej nazwa. Nazwy się powtarzają, zmieniają i bywają zapisywane różnie; kod jest niezmienny i weryfikowalny w katalogu Głównego Urzędu Statystycznego. Warstwą pomocniczą są granice dzielnic. Dzielnica jest nośnikiem reguły, ulica nośnikiem faktycznego przypisania.

2) Obszary buduje się z całych dzielnic. Żadna dzielnica nie jest dzielona między centra, a każda ulica dziedziczy przypisanie po dzielnicy, w której leży. Wyjątkiem są ulice przebiegające przez dzielnice należące do różnych obszarów; wówczas dzieli się je zakresami numerów porządkowych albo według parzystości numeracji, a podział zapisuje się wprost w wykazie, nie pozostawiając go interpretacji.

3) Podstawą naliczenia jest liczba osób pełnoletnich według Głównego Urzędu Statystycznego, a nie ewidencja meldunkowa. Meldunki pozostają kluczem podziału wewnątrz miasta, ponieważ tylko one dają rozkład na dzielnice, ale poziom odniesienia wyznacza statystyka publiczna. Różnicę można określić współczynnikiem, np. dla Gdańska wynosi on 1,1653. Tym wskaźnikiem korygowana jest liczba mieszkańców dla obu centrów. Bez tego liczba mieszkańców wpisana do umów byłaby zaniżona o blisko sześćdziesiąt tysięcy mieszkańców.

4) Podział przyjmuje się dopiero wtedy, gdy spełnia dwa warunki: każdy obszar jest spójny terytorialnie, bez enklaw, a różnica populacji między obszarami nie przekracza ośmiu procent. Oba progi równowagi mierzą różne wielkości i nie są ze sobą sprzeczne. Warunek ośmiu procent odnosi się do różnicy między dwoma obszarami, a przywołany wyżej próg ±10–15% — do dopuszczalnego odchylenia populacji pojedynczego obszaru od średniej. Podział gdański spełnia oba warunki, przy czym wynik zależy od tego, czy do obszaru G2 wliczony jest Sopot. Dla samych części gdańskich (209 343 i 198 505 dorosłych) różnica między obszarami wynosi 5,5%, a odchylenie każdego z nich od średniej (203 924 dorosłych) — 2,7%. Dla obszarów w kształcie przyjętym do Tabeli 12, to jest z Sopotem po stronie G2 (209 343 i 225 862 dorosłych), różnica wynosi 7,9%, a odchylenie każdego obszaru od średniej (217 603 dorosłych) — 3,8%. Oba warianty mieszczą się w progach, ale wariant z Sopotem wykorzystuje niemal cały dopuszczalny zapas, dlatego przy kolejnym przeglądzie obszarów wymaga ponownego sprawdzenia.

5) Rozstrzygnięcie najważniejsze dla Płatnika, W przypadku gdy w mieście powstaje nowa ulica, to nie wymaga ona zmiany wykazu ani decyzji stron. Zostaje ona przypisana do centrum właściwego dla dzielnicy, w której leży. Dzieje się to automatycznie z chwilą pojawienia się w rejestrze ulic. Technicznie sprowadza się to do sprawdzenia, w którym wielokącie dzielnicy mieści się punkt adresowy nowej ulicy. Jeżeli punkt leży dokładnie na granicy albo poza warstwą — co zdarza się przy osiedlach powstających na terenach dotąd niezabudowanych — ulicę przypisuje się do obszaru o mniejszej bieżącej populacji dorosłych i oznacza do weryfikacji, informując oba podmioty.

6) Obie powyższe reguły wyczerpują zbiór możliwych przypadków, więc w żadnym momencie nie istnieje ulica bez przypisanego centrum. To jest właściwe zabezpieczenie: nie chodzi o to, by przewidzieć każdą zmianę w mieście, lecz o to, by żadna zmiana nie tworzyła stanu nieprzypisania, w którym odpowiedzialność za mieszkańca staje się przedmiotem sporu. Zmiana wchodzi do podstawy naliczenia od najbliższego okresu rozliczeniowego po jej ujawnieniu, a zmiany poniżej dwóch dziesiątych procenta populacji obszaru kumuluje się do korekty rocznej.

7) Całość utrzymuje się przez comiesięczne porównanie wykazu ulic ze stanem poprzednim oraz coroczną aktualizację pełną według stanu na 31 grudnia. Przed każdą aktualizacją kody weryfikuje się wobec katalogu TERYT, a suma populacji obszarów musi równać się populacji miasta. Każda zmiana zapisywana jest z datą, źródłem i regułą, która ją wywołała, a dokumentem rozstrzygającym przy rozliczeniu jest wyłącznie wykaz ulic z przypisaniem do obszaru i zakresami numerów tam, gdzie ulica jest dzielona.

8) Żaden z powyższych mechanizmów nie zadziała bez zmiany w rozporządzeniu o ogólnych warunkach umów. Reguła, zgodnie z którą nowa ulica z chwilą pojawienia się w rejestrze staje się częścią obszaru centrum, jest wykonalna technicznie, lecz dziś pozbawiona podstawy prawnej. Rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów nie przewiduje trybu, w którym oddział wojewódzki Funduszu aktualizuje wykaz ulic w trakcie obowiązywania umowy. Każda taka zmiana wymaga aneksu, a przy zmianie obszaru bywa kwestionowana jako zmiana przedmiotu umowy z postępowania konkursowego. Potrzebne są trzy zapisy: upoważnienie dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ do aktualizacji załącznika z wykazem ulic bez postępowania konkursowego, jeżeli zmiana wynika z reguły domyślnej albo równoważącej; termin, w jakim aktualizacja następuje po ujawnieniu zmiany w rejestrze miejskim; oraz moment, od którego zmiana wchodzi do podstawy naliczenia ryczałtu. Dopóki ich nie ma, nowa ulica pozostaje poza obszarem obu centrów do czasu aneksowania umowy. Powstaje wtedy dokładnie ten stan nieprzypisania, któremu cała procedura ma zapobiegać. Odpowiednie zapisy zawiera nowelizacja OWU w pakiecie legislacyjnym (rozdział VI, Tabela 15).

5.7. Dwie symulacje dla dwóch obszarów województwa

Sposób rozwoju sieci CZP w województwie najlepiej pokazać na dwóch rzeczywistych przypadkach z mapy odpowiedzialności terytorialnej. Obie symulacje liczone są kwotą alokacji (165,10 zł × dorośli GUS) z podziałem 67% ambulatorium / 33% opieka całodobowa. Wartości bieżących kontraktów i ostateczne przypisanie obszarów wymagają potwierdzenia. Poniższe symulacje są przykładem, decyzje powinny zapaść w gronie interesariuszy w województwie pomorskim.

Symulacja 1

Wejście obszaru do sieci — powiaty gdański i nowodworski.

Obszar G3 (133,0 tys. dorosłych) jest największym nieobjętym siecią obszarem w bezpośrednim otoczeniu Gdańska. Jego mieszkańcy leczą się dziś głównie w placówkach gdańskich, rozliczanych za pojedynczą usługę. NFZ wydaje na świadczenia tożsame dla tego obszaru ok. 9,9 mln zł rocznie (Tabela 12), a najdalej od tej oferty mieszkają dorośli z powiatu nowodworskiego — Żuław i Mierzei Wiślanej. Symulacja pokazuje, co się stanie, gdy obszar wejdzie do sieci z alokacją 22,0 mln zł, przypisany — zgodnie z mapą — podmiotowi prowadzącemu CZP przy szpitalu im. Bilikiewicza.

Punkt wyjścia. Bilikiewicz ma dziś umowę 60,8 mln zł. Bez obszaru G3 jego składniki z mapy — własna część Gdańska (obszar G1, 209,3 tys. dorosłych, alokacja 34,6 mln zł: 23,2 mln zł ambulatorium i 11,4 mln zł łóżka) oraz zabezpieczenie łóżkowe obszaru G13b (3,9 mln zł). Łącznie dają one 38,5 mln zł. Różnicę, aż 22,3 mln zł, musiałby domykać bufor wyrównujący do budżetu roku poprzedniego.

Wynik. Obszar G3 wchodzi do sieci jako centrum typu B. Ambulatorium na miejscu — punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, zespół leczenia środowiskowego i poradnia — prowadzi podmiot gdański i otrzymuje na nie 14,7 mln zł, czyli 67% alokacji obszaru; pozostałe 7,2 mln zł to wyróżnik trzeci za zabezpieczenie łóżkowe na własnym oddziale. Składniki umowy rosną z 38,5 do 60,5 mln zł, bufor topnieje z 22,3 do 0,3 mln zł, a umowa pozostaje na poziomie 60,8 mln zł. Sto trzydzieści trzy tysiące dorosłych zostaje objętych odpowiedzialnością terytorialną praktycznie bez nowych środków płatnika. Wymaga to transformacji zakresu świadczeń szpitala Bilikiewicza, przy założeniu, że OW NFZ uzupełnia niezbędne kwoty w zakresie 04. Alokacja obszaru jest ponad dwukrotnie wyższa od dzisiejszych wydatków na jego mieszkańców, lecz szpital w praktyce już finansuje leczenie tych pacjentów. W ramach transformacji szpitala powinno być oszacowane zapotrzebowanie na łóżka leczenia specjalistycznego i zakontraktowanie ich odpowiedniej liczby w tym podmiocie leczniczym (stopniowe przekształcanie łóżek ogólnopsychiatrycznych w łóżka specjalistyczne). Ostatecznie w trakcie transformacji budżet szpitala powinien wzrosnąć, ale w powiązaniu z potrzebami zdrowotnymi województwa.

Symulacja 2

Mapa opracowana w Biurze ds. pilotażu NPOZP przypisywała łóżka powiatu bytowskiego (obszar G8) szpitalowi w Kościerzynie. Analiza systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego pokazała jednak, że w ostrym kryzysie psychicznym karetka wiezie mieszkańca Bytowa czy Miastka do Słupska. Tam jest najbliższy punkt przyjęć, a powiat bytowski leży w tym samym rejonie operacyjnym co Słupsk i Lębork. Bliżej do Kościerzyny mają jedynie mieszkańcy gmin Parchowo i Studzienice, ale cały powiat jest przypisany do Słupska wg planów PRM. Symulacja pokazuje, co ta korekta zmieniłaby w umowach obu podmiotów, gdyby Biała Księga miała stać się wytyczną dla zmian w województwie.

Punkt wyjścia. Powiat bytowski (60,3 tys. dorosłych, alokacja 10,0 mln zł) wchodzi do sieci jako centrum typu B: ambulatorium w Bytowie — punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, zespół leczenia środowiskowego i poradnia — prowadzi podmiot słupski i otrzymuje na nie 6,7 mln zł, czyli 67% alokacji obszaru, niezależnie od tego, gdzie trafią łóżka. Między szpitalami wędruje wyłącznie część łóżkowa: 33%, czyli 3,3 mln zł.

Przepływy finansowe. Umowa Kościerzyny (dziś 14,4 mln zł) składa się w modelu z trzech strumieni: 6,3 mln zł za ambulatorium i 3,1 mln zł za łóżka własnego obszaru kościerskiego oraz 6,3 mln zł za zabezpieczenie łóżkowe powiatu kartuskiego — razem 15,7 mln zł. Wariant mapy Biura dokładałby strumień czwarty, łóżka bytowskie, i podnosił umowę do 19,0 mln zł. Umowa Słupska (dziś 26,0 mln zł) składa się z 16,5 mln zł za ambulatorium i 8,1 mln zł za łóżka własnego obszaru słupskiego oraz 6,7 mln zł za ambulatorium bytowskie — razem 31,3 mln zł. Wariant zgodny z PRM dokłada łóżka bytowskie i podnosi umowę do 34,6 mln zł.

Wynik. W wariancie mapy Biura umowy wynoszą: Kościerzyna 19,0 i Słupsk 31,3 mln zł; po korekcie zgodnej z PRM jest odwrotnie o te same 3,3 mln zł: Kościerzyna 15,7 i Słupsk 34,6 mln zł. Ponieważ Kościerzyna ma w umowie wyróżniki na powiat kartuski, to nadal zyskuje 1,3 mln zł, a Słupsk 8,6 mln zł. Łączny koszt dla płatnika jest w obu wariantach identyczny: 50,3 mln zł. Nowe środki w wysokości 9,9 mln zł ponad dzisiejsze 40,4 mln zł z tytułu obu umów są dodatkowymi środkami w budżecie OW NFZ, które muszą być zabezpieczone dla całego województwa. Ponadto dzisiejsze budżety obu podmiotów już przewyższają alokacje ich własnych obszarów o 6,4 mln zł — częściowo finansują leczenie tych pacjentów już teraz. Skoro wybór szpitala jest związany głównie z nową alokacją tych samych środków, to może o nim zdecydować jedyne kryterium, które ma tu znaczenie. Mieszkaniec trafia na oddział przygotowany do jego leczenia, dokąd i tak wiezie go karetka.

Obie symulacje pokazują, że sieć można rozwijać dwoma ruchami — obejmowaniem obszarów dotąd nieprzypisanych i porządkowaniem zabezpieczeń łóżkowych — bez naruszania gwarancji t-1 i w dużej części bez dodatkowych środków. Wejście obszaru G3 mieści się w dzisiejszej umowie podmiotu gdańskiego, bo bufor zamienia się w wyróżniki, a przeniesienie łóżek bytowskich jest dla płatnika neutralne. Nowe środki wchodzą do regionu tam, gdzie dzisiejsze budżety naprawdę nie pokrywają alokacji. Tak jest w Słupsku, którego umowa rośnie o 8,6 mln zł wraz z objęciem powiatu bytowskiego. W pierwszym kroku budżety czterech z ośmiu działających centrów pozostają na dzisiejszym poziomie, bo uzupełnia je wyróżnik czwarty — bufor wyrównujący do budżetu roku poprzedniego. Cztery pozostałe rosną, ponieważ ich składnik wyróżnikowy przekracza dzisiejszą umowę, a łączna pula do ośmiu podmiotów rośnie z 216,4 do 239,4 mln zł.

Ograniczenia i dane do aktualizacji

Część obliczeń ma charakter roboczy i zostanie zweryfikowana po rozliczeniu 2026 roku. Dotyczy to strony kosztowej podmiotów ze sprawozdań finansowych — testu, czy ryczałt pokrywa realny koszt opieki, czy potwierdza potrzebę korekty stawki w górę — oraz ostatecznego przypisania obszarów dotąd nieobjętych: m. Gdyni, powiatu puckiego

i powiatu kartuskiego. Mapa nie wskazuje jeszcze podmiotu prowadzącego ambulatorium. Wartości ambulatoryjnych świadczeń tożsamych poza pilotażem nie trzeba już szacować, ponieważ umowy NFZ na 2026 r. dają dla zakresów tożsamych z centrum zdrowia psychicznego kwotę 142,4 mln zł, która zastąpiła wcześniejsze scenariusze offsetu. Liczby prospektywne pozostają oszacowaniem rzędu wielkości, spójnym wewnętrznie i zakotwiczonym w umowach NFZ na 2026 r.

Rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń wskazano jako przedmiot dalszych prac i ustaleń. Minister Zdrowia zatwierdził 1 lipca 2026 r. wariant I tej rekomendacji, a aneksowanie umów zgodnie z nim zmienia kwoty w analizie finansowej: wartość umów pilotażu CZP rośnie o 5,52% (podwyżka obowiązuje od II półrocza 2026 r. — stawka półroczna 82,55 zł rośnie do 87,11 zł, bo skutek dla pilotażu oszacowano w ujęciu półrocznym, w związku z zakończeniem programu 31 grudnia 2026 r.). Ceny jednostek rozliczeniowych w zakresach psychiatrii dorosłych rosną od 0,94 pkt w ambulatorium do 1,97 pkt w leczeniu stacjonarnym.

Biała Księga nie rozstrzyga także zmian merytorycznie — kierunek dalszych prac wyznacza rekomendacja nr 68/2026, w której Prezes AOTMiT wskazuje, że implementacja modelu powinna zostać poprzedzona doprecyzowaniem docelowego modelu organizacyjno-finansowego: uwzględniającego strukturę kosztów świadczeń, zróżnicowanie wynikające z charakterystyki populacji oraz jednoznaczne powiązanie finansowania z jakością, dostępnością i efektami terapeutycznymi — na zasadzie warunkowości, a nie premiowania. W tych pracach trzeba też ustalić zakres świadczeń, sposób ich powiązania z modelem centrum zdrowia psychicznego oraz zasady finansowania od 2027 r., gdy pilotaż zastąpi docelowy model. Rozstrzygnięcia w pracach nad rozporządzeniem wymaga także kryterium odległościowe dostępności — w uwagach NFZ do rekomendacji nr 68/2026 zaproponowano próg 10 km od miejsca zamieszkania do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego. Wprowadzenie dostępności w rozumieniu odległości fizycznej do miejsca udzielania świadczeń wymagałoby jednak testu wykonalności dla obszarów o niskiej gęstości zaludnienia.

5.8. Realizacja potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem EBM

Testem ilościowym trafności przyjętych parametrów jest sprawdzenie, jaki zespół specjalistów (liczba etatów personelu) jest potrzebny do rzeczywistego zaspokojenia zidentyfikowanych potrzeb mieszkańców, organizacji systemu opieki oraz leczenia zgodnie z medycyną opartą na dowodach (EBM). Założenia i metoda szacowania liczby specjalistów (ogólnie) jaką przyjęto w Białej Księdze jest następująca:

1) opieka stopniowana z rozdziału II wyznacza sposób organizacji świadczeń. Każdemu poziomowi przypisano konkretną liczbę świadczeń w toku terapii zgodnie z wytycznymi dla poziomów opieki:

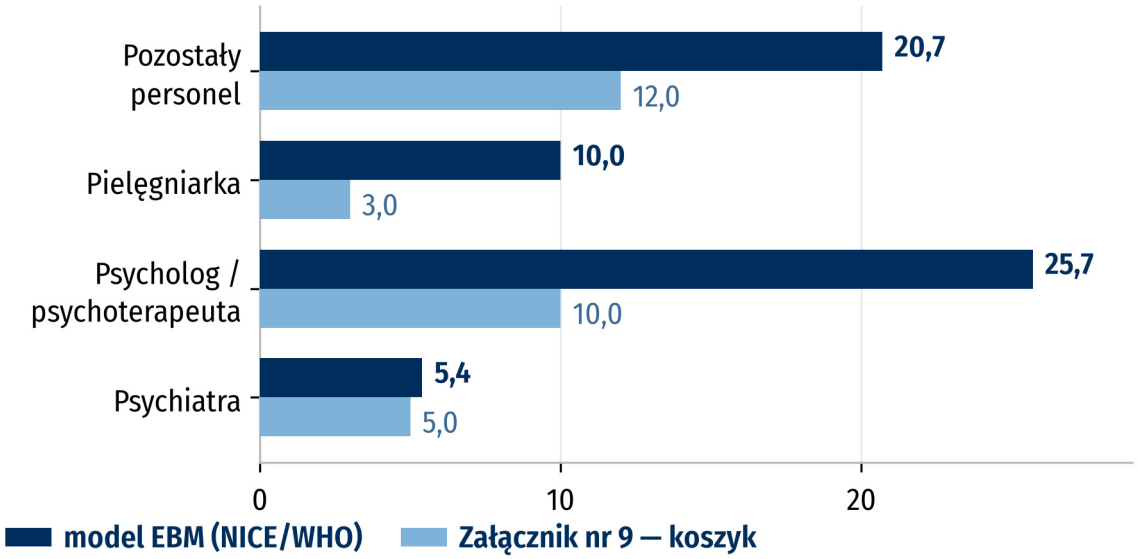
a) niskoprogowej wg WHO PM+ / Group PM+ (5 sesji, personel niespecjalistyczny);
b) niskointensywnej NICE NG222/CG113 (*guided self-help*, grupowe CBT);
c) standardowym w CZP NICE NG222 stopień 3; wysokointensywnym CBT, 16–20 sesji) łącznie z poradami psychiatrycznymi,
d) przy psychozie i opiece czynnej NICE NG181/CG187 (zespół środowiskowy — *case management*, CBT dla psychoz, wizyty domowe);
e) przy lekooporności — procedury wysokospecjalistyczne opisane w rozdziale II;

2) przeliczenie etatowe. Ekwiwalent etatu oznacza 152 godziny miesięcznie, z czego 75% to czas bezpośredniej pracy z pacjentem (1368 godzin rocznie na etat);
3) warunki dla obszarów odpowiedzialności terytorialnej. Przyjęto, że opieką objętych jest 4,5% mieszkańców rocznie, rozłożone na pięć poziomów zgodnie ze strukturą ciężkości ustaloną w rozdziale II (64–74% pacjentów niepsychotycznych bez powikłań).

Wynik modelowania to **61,8 etatu na 100 tys. mieszkańców** — liczba odniesiona do 100 tys. dorosłych. Norma pilotażowa dla centrum typu A (0,6 etatu na 1000, czyli 60,0 na 100 tys. zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego) liczona jest od populacji ogółem. Obie wartości są więc bliskie, ale nie stoją na tej samej podstawie. W projekcie rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych dla centrum zdrowia psychicznego (Załącznik nr 9) przewiduje się 30,0 etatu na 100 tys., czyli ok. 49% zapotrzebowania docelowego. Zestawienie zawodów przedstawia Rysunek V.9. Można na nim zobaczyć, że największa luka dotyczy psychologów i psychoterapeutów (25,7 wobec 10,0 — 2,6-krotnie). To zawody dźwigające największy wolumen godzin wsparcia i terapii w opiece wysokointensywnej i w opiece czynnej nad pacjentami psychotycznymi.

V.9 Ile personelu finansuje ryczałt

Etaty na 100 tys. mieszkańców: model EBM a Załącznik nr 9 do projektu rozporządzenia



Adnotacja. Model EBM: zapotrzebowanie godzinowe wyprowadzone z wytycznych klinicznych (NICE NG222, CG113, NG221, CG185; WHO PM+/mhGAP) nałożone na intensywności opieki — szacunek własny z jawnymi założeniami. Załącznik nr 9 do projektu rozporządzenia MZ nie wykazuje personelu dla leczenia całodobowego. Pozostałe pozycje załącznika (koordynatorzy opieki, terapeuci środowiskowi, asystenci zdrowienia personel niespecjalistyczny i inne zawody wykazu) zsumowano w wierszu „Pozostały personel", bez wyszczególniania. Źródło: opracowanie własne na podstawie NICE, WHO i Załącznika nr 9.

Przy widełkach 50–200 tys. dorosłych i dopuszczalnym odstępstwie ±15% obszar może liczyć 42,5 tys. osób dorosłych. Przy normie 0,4 etatu na 1000 mieszkańców właściwej dla centrum bez oddziału szpitalnego daje to zespół składający się z 17 etatów.

Dla województwa pomorskiego (1 910 631 dorosłych, GUS BDL 2025) różnica ta przekłada się na konkretne liczby bezwzględne. Wdrożenie leczenia opartego o EBM wymaga ok. 1.179 etatów w całym regionie. Załącznik nr 9 przewiduje ok. 573 etatów. Różnica ok. 606 etatów dotyczy głównie psychologów, psychoterapeutów i pozostałego personelu. To ilościowe potwierdzenie ryzyka zasygnalizowanego w rozdziale I: koszyk jako minimum gwarantowane, a nie standard opieki, może w praktyce oznaczać „równanie w dół" tam, gdzie pilotaż już wypracował wyższy poziom obsady. Diagnozę tę potwierdza Rekomendacja nr 68/2026 Prezesa AOTMiT. Wskazuje ona, że zasadność modyfikacji minimalnych wymagań kadrowych wymaga weryfikacji skoro niedobory kadrowe identyfikowano już w trakcie pilotażu.

Model finansowy może działać tylko wtedy, gdy obszar odpowiedzialności, sposób naliczania budżetu, zasady koordynacji i minimalny standard opieki mają trwałą podstawę prawną. Pilotaż pozwolił te rozwiązania sprawdzić, ale nie może zastępować regulacji systemowej. Rozdział VI porządkuje zatem zmiany ustawowe i wykonawcze oraz proponuje ich sekwencję uchwalania zabezpieczając sam proces transformacji.

Rozdział VI. Propozycje zmian legislacyjnych

Zgodnie z powszechnie przyjętym w wielu krajach harmonogramem wdrażania reform Biała Księga powinna być dokumentem rządowym poprzedzającym proces właściwej legislacji. Na jego podstawie przeprowadza się dyskusję, uwzględnia zdania interesariuszy i jeśli jest taka potrzeba — pogłębia analizy. Niestety, w Polsce nie jest on szerzej stosowany, jakkolwiek do pewnego stopnia rolę tę pełnią oficjalne strategie i raporty. Niniejsze opracowanie z założenia ma służyć za punkt wyjścia do niezbędnego pogłębienia sensu zmiany w opiece psychiatrycznej. Celem jest także próba zbudowania konsensusu wokół zmian dotyczących centrum zdrowia psychicznego, ale w perspektywie doświadczeń Polski i innych krajów. Dyskusja toczy się wokół założeń wdrożenia centrum zdrowia psychicznego w koszyku świadczeń gwarantowanych, przewidzianego na lata 2027-2029 oraz kształtu okresu przejściowego.

6.1. Cel rozdziału i zasada minimalizmu legislacyjnego

Model centrum zdrowia psychicznego opisany w powyższych rozdziałach Białej Księgi jest dziś osadzony w prawie jedynie częściowo — głównie poprzez art. 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917, ze zm. Dz. U. z 2026 r. poz. 187) oraz rozporządzenie o programie pilotażowym. Przejście od pilotażu do rozwiązania systemowego, którego pełnego wdrożenia na terenie całego kraju oczekuje Krajowy Plan Transformacji na lata 2027–2031, wymaga uzupełnienia ram prawnych. Celem rozdziału jest wskazanie jakie zmiany prawne są konieczne, aby model docelowy mógł funkcjonować — przy świadomym ograniczeniu ingerencji ustawodawcy do niezbędnego minimum.

Jedną z przesłanek strategicznych tego rozdziału jest Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 68/2026 z dnia 22 maja 2026 r. Prezes Agencji po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 63/2026 z dnia 18 maja 2026 r. zarekomendował zakwalifikowanie modelu organizacyjnego świadczeń realizowanych w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Rekomendacja obejmuje przy tym dwa świadczenia dotąd nieujęte w koszyku — wizytę w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym oraz świadczenia asystenta zdrowienia. Przy czym rozstrzygnięcia wymaga ciągłość funkcjonowania środowiskowego modelu opieki, ujednolicenie zasad organizacji i finansowania świadczeń oraz powszechny dostęp do opieki kompleksowej.

Kierunek przyjęty w niniejszym rozdziale, to jest przejście centrów z pilotażu i osadzenie ich struktury w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych ma zatem umocowanie nie tylko w dokumencie strategicznym, lecz także w Rekomendacji AOTMiT. Rekomendacja jest jednak warunkowa i to jej zastrzeżenia wyznaczają realny zakres prac legislacyjnych. Prezes

Agencji wskazuje, że „implementacja ocenianego rozwiązania organizacyjnego powinna zostać poprzedzona doprecyzowaniem docelowego modelu organizacyjno-finansowego". Wobec przedłożonej propozycji trójskładnikowego ryczałtu obejmującego komponent populacyjny, funkcjonalny i jakościowy stwierdza, że „nie zapewnia obecnie wystarczającego poziomu pewności decyzyjnej". W szczególności w zakresie adekwatności alokacji środków do rzeczywistego obciążenia systemu oraz uwzględnienia zróżnicowania potrzeb zdrowotnych.

Ponadto Agencja oczekuje wprowadzenia obowiązku monitorowania jakości, dostępności i efektów leczenia w oparciu o wystandaryzowane wskaźniki, o uprzednio określonym zakresie i wartościach referencyjnych dopasowanych do krajowych uwarunkowań. Jakość i efekty leczenia mają w jej ocenie „stanowić warunek realizacji i finansowania świadczeń, a nie wyłącznie instrument o charakterze bodźcowym do rozliczeń z płatnikiem". Odrębnie zwraca uwagę, że rozwiązania zbliżone do centrum zdrowia psychicznego funkcjonują w dziewięciu z dziewiętnastu analizowanych państw, lecz propozycja polska — inaczej niż tam — nie akcentuje integracji działań różnych sektorów oraz że rola i zakres zadań asystenta zdrowienia i koordynatora opieki wymagają uregulowania w części normatywnej rozporządzenia.

Pakiet zmian legislacyjnych proponowany w niniejszym rozdziale odpowiada na te zastrzeżenia w czterech punktach. Po pierwsze, wskaźniki nie są w nim postulatem. Rozdział II przedstawia zestaw mierników produktu, rezultatu i oddziaływania liczonych na poziomie obszaru odpowiedzialności terytorialnej (Tabela 6, Rysunek II.11), wraz z wartościami odniesienia wyprowadzonymi z rekomendacji międzynarodowych i wymagającymi kalibracji do wartości bazowych obszarów. Po drugie, zasada warunkowości nie jest w pakiecie deklaracją, lecz konstrukcją, którą można wskazać w dwóch miejscach dokumentu. Pierwsze działa na wejściu do systemu. Warunkiem kontraktowania jest zarówno spełnienie standardu organizacyjnego CZP, jak i obowiązek monitorowania wskaźników z rozdziału II wraz z mechanizmem planu naprawczego, uruchamianym, gdy centrum tych wskaźników nie spełnia. Drugie działa już w trakcie realizacji kontraktu, w warstwie zarządczej. Rozdział IV wiąże premię finansową za ograniczenie liczby hospitalizacji — element rezerwy hospitalizacyjnej w strukturze ryczałtu — z twardymi miernikami bezpieczeństwa pacjenta: odsetkiem readmisji, liczbą prób samobójczych i zgonów, częstością stosowania przymusu bezpośredniego, liczbą zgłoszeń na SOR oraz skarg do Rzecznika Praw Pacjenta. Pogorszenie któregokolwiek z tych mierników znosi premię, tak by oszczędność nigdy nie odbywała się kosztem bezpieczeństwa. Po trzecie, zróżnicowaniu potrzeb zdrowotnych — którego niedostatek Agencja wskazuje wprost — służy model korekty ryzyka opisany w Rozdziale IV. Jest on oparty na strukturze wieku, ubóstwie, bezdomności, uzależnieniach, migracjach i obecności instytucji zbiorowego zamieszkania, walidowany na danych płatnika. Po czwarte, integracja międzysektorowa jest w pakiecie przedmiotem regulacji, a nie postulatu: rozdziały ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, mechanizm sprawozdawczości zbiorczej

z art. 190a ustawy o świadczeniach oraz sekcje tego rozdziału (zob. 6.7) odpowiadają na tę część uwag Agencji bezpośrednio.

Oszacowanie skutku finansowego przedstawione przez Agencję — wzrost wydatków płatnika o około 3 mld zł w ciągu pierwszych trzech lat. W skali kraju mamy więc wystarczające środki do transformacji systemu. Kwoty ok 1,08; 0,85 i 1,11 mld zł w kolejnych latach (przy opinii Prezesa NFZ wskazującej 1,34 mld zł) sama Agencja opatruje zastrzeżeniem, że wyniki mają „charakter przybliżony i orientacyjny" ze względu na niedoskonałość danych wejściowych. Przyjęte uproszczenia oraz alokacja kosztów oparta na obecnym (nie docelowym) modelu organizacyjnym nie zostały zweryfikowane.

Przytoczony powyżej dialog między instytucjami nie jest nadzwyczajną różnicą zdań a raczej wyrazem odmiennego podejścia metodologicznego oraz miejsca w systemie ochrony zdrowia. Co więcej, same koszty ochrony zdrowia są w Polsce tylko wyjątkowo analizowane z punktu widzenia systemowego i wpływu na koszty pośrednie. W przypadku wdrożenia nowego modelu opieki psychiatrycznej wskazane szacunki są mocnym argumentem za pilnym domknięciem modelu. Dopóki struktura kosztów świadczenia i zasady alokacji nie są przesądzone, dopóty każde oszacowanie pozostaje niepewne w skali miliardów złotych. Niepewność tej skali sama staje się przeszkodą decyzyjną. Rozdział V dostarcza brakującego elementu — rozkłada koszt objęcia populacji dotąd nieobjętej centrami na świadczenia już finansowane i środki nowe. W ten sposób pokazaliśmy, że pełne wdrożenie jest w przeważającej mierze operacją przekształcenia umów, a nie poszukiwaniem nowego strumienia wydatków. Uzgodnienie tej dekompozycji z analizą wpływu na budżet Agencji, wraz z wyceną świadczeń wszystkich elementów modelu, w tym leczenia całodobowego specjalistycznego w psychiatrii dorosłych, powinno poprzedzić wydanie rozporządzenia koszykowego. Sekwencję prac porządkuje podrozdział 6.8.

Zasada minimalizmu legislacyjnego oznacza trzy dyrektywy przyjęte w toku prac. Po pierwsze, nowe przepisy proponuje się wyłącznie tam, gdzie istniejące delegacje nie wystarczają. Wszędzie indziej wykorzystywane są akty już obowiązujące. Po drugie, każda treść jest przypisana do jednego aktu i nie podlega powieleniu. Szczegółowa struktura CZP (komórki organizacyjne, przeliczniki kadrowe, wskaźnik łóżek) zostaje umieszczona w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych, a standard organizacyjny i ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna w odrębnym rozporządzeniu o standardzie opieki w CZP, bez wzajemnego dublowania. Po trzecie, rangę ustawową rezerwuje się dla rozstrzygnięć, których z natury nie można uregulować aktem wykonawczym. Dotyczy to głównie ograniczenia swobody kontraktowania (mapy odpowiedzialności terytorialnej), nowego mechanizmu finansowania (ryczałt na populację) oraz podstawy przetwarzania danych osobowych w koordynacji międzysektorowej.

Formalnym punktem odniesienia jest standard organizacyjny opieki okołoporodowej (Dz.U. 2025 poz. 1525). Biała Księga powołuje go wyłącznie jako precedens dowodzący, że polski porządek prawny dopuszcza, by „standard organizacyjny" niósł treść kliniczną — opis ścieżki opieki, interwencji, zasad dokumentowania i definicje wskaźników. Precedens działa jednak

w obie strony. Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym" (nr ewid. P/14/062, wystąpienie pokontrolne z 28 kwietnia 2015 r.) stwierdziła nieprawidłowość po stronie Ministra Zdrowia, polegającą na niewykonaniu delegacji z art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i nienadaniu Standardom postępowania w opiece geriatrycznej — opracowanym przez powołany przez ministra Zespół do spraw Gerontologii i opublikowanym wyłącznie w kwartalniku „Gerontologia Polska" — mocy powszechnie obowiązującej. Struktura sytuacji jest identyczna. Standard organizacyjny opieki w centrum zdrowia psychicznego opracowało Biuro ds. pilotażu NPOZP, funkcjonuje jako dokument koncepcyjny i nie ma podstawy w rozporządzeniu. Brak opublikowania rozporządzenia wiąże się z przeniesieniem wszystkich ryzyk do rozwiązań systemowych. W sprawie analogicznej w innym zakresie leczenia zostało to zakwalifikowane jako nieprawidłowość.

6.2. Architektura pakietu — trzy poziomy regulacji

Pakiet legislacyjny ma budowę trójpoziomową, odpowiadającą hierarchii źródeł prawa i zasadzie minimalizmu. Poziom ustawowy obejmuje zmiany w trzech ustawach: o ochronie zdrowia psychicznego, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o działalności leczniczej. Zawiera wyłącznie delegacje i rozstrzygnięcia o randze ustawowej. Poziom wykonawczy obejmuje pięć rozporządzeń: nowe rozporządzenie o standardzie opieki w centrach zdrowia psychicznego (delegacja z art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej), nowelizację rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (art. 31d ustawy o świadczeniach), nowelizację ogólnych warunków umów (art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach) oraz nowelizację dwóch rozporządzeń rejestrowych — kody resortowe i RPWDL (art. 105 ustawy o działalności leczniczej). Dopełnia go warstwa kontraktowa. Zarządzenie Prezesa NFZ co do zasady nie jest źródłem prawa powszechnie obowiązującego w Polsce. Niemniej to ono ostatecznie decyduje, jak podmioty lecznicze realizują proces leczenia. Osobną warstwą jest Krajowy Plan Transformacji, ogłoszony obwieszczeniem Ministra Zdrowia. Jest to dokument planistyczny, którego NFZ może, lecz nie musi uwzględniać przy kontraktowaniu. Mapy odpowiedzialności terytorialnej, powiązane z KPT, wymagają silniejszej podstawy. W proponowanej zmianie jest to delegacja ustawowa i ranga rozporządzenia, tak aby wiązały NFZ prawnie, a nie tylko informacyjnie.

Poziom ustawowy wymaga jednak jeszcze jednego rozstrzygnięcia, którego dotychczasowe opracowania nie uwzględniają. Art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nakazuje podmiotowi prowadzącemu centrum zapewnić kompleksową opiekę w pięciu formach — pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej. Art. 2 ust. 1 pkt 14 w związku z art. 8 ustawy o działalności leczniczej określa, że muszą one być zlokalizowane w jednym zakładzie leczniczym. Definicja zakładu leczniczego opisuje liczbą pojedynczą „określony rodzaj działalności leczniczej". Natomiast art. 8 tej ustawy definiuje trzy rodzaje — stacjonarną i całodobową szpitalną, stacjonarną i całodobową inną niż szpitalna oraz

ambulatoryjną. Jedna ustawa nakazuje zatem to, czego druga zakazuje, i dzieje się to dziś, niezależnie od pilotażu.

Rozporządzenie pilotażowe kolizji nie usuwa, lecz ją maskuje, nadając rozproszonej strukturze jedną tożsamość w warstwie kontraktowo-rozliczeniowej. Skutki są trzy: centrum obejmujące pełen zakres form musi rejestrować kilka odrębnych zakładów w jednym podmiocie, pacjent przechodzący między formami formalnie zmienia zakład leczniczy, a wskaźniki liczy się osobno dla każdego zakładu, mimo że opieka jest jedna.

Proponowana zmiana obejmuje trzy elementy: w art. 2 ust. 1 pkt 14 — „określony rodzaj albo określone rodzaje działalności leczniczej". Proponowany nowy art. 8a dopuszcza łączenie rodzajów w jednym zakładzie, gdy uzasadnia to kompleksowość i ciągłość opieki. Rozszerzenie delegacji jest w art. 105 ust. 5 o wykazie świadczeń dla których połączenie jest dopuszczalne. Konstrukcja jest celowo wąska. Ustawa otwiera możliwość, ale to minister zdrowia rozstrzyga zakres. Nie powstaje więc luka prawna pozwalająca na obchodzenie wymagań szpitalnych. Nie jest to też wyjątek dla psychiatrii. Ten sam problem dotyczy opieki paliatywnej (hospicjum stacjonarne, hospicjum domowe i poradnia medycyny paliatywnej), opieki długoterminowej i geriatrii.

Wraz z wygaśnięciem pilotażu traci się jedyną możliwość jaką CZP miało w tym aspekcie zarządzania strukturą. Proponowana zmiana nie odtwarza zatem stanu sprzed 2027 r., lecz nadaje centrum status, którego nigdy nie miało. Postulat nie jest nowy. Biuro ds. pilotażu NPOZP zgłosiło go Ministrowi Zdrowia w Raporcie końcowym za 2022 rok (29 grudnia 2022 r.) jako Rekomendację nr 6 — „zainicjowanie nowelizacji przepisów uniemożliwiających dotąd prowadzenie centrum zdrowia psychicznego jako jednego, spójnego zakładu leczniczego".

Osiem barier zidentyfikowanych w tym podrozdziale — od braku delegacji do wyznaczania obszarów po niemożność jednolitej sprawozdawczości dla świadczeń realizowanych na rzecz społeczności lokalnej — nie jest przypadkowym zestawieniem usterek. Uporządkowano je w sposób metodyczny. Ułożono je obszarami — problemami zidentyfikowanymi w trakcie pilotażu. Zmiany te były proponowane w Raportach końcowych Kierowników Biura ds. pilotażu NPOZP oraz w pracach Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Każdy problem ma rozwiązanie legislacyjne, ma dokładnie jeden potencjalny adres w obowiązującym prawie i dokładnie jeden proponowany kierunek zmiany. Tabela 13 zestawia je w tym układzie: filar modelu, bariera w obecnym stanie prawnym, kierunek zmiany, przepis, z którego wynika.

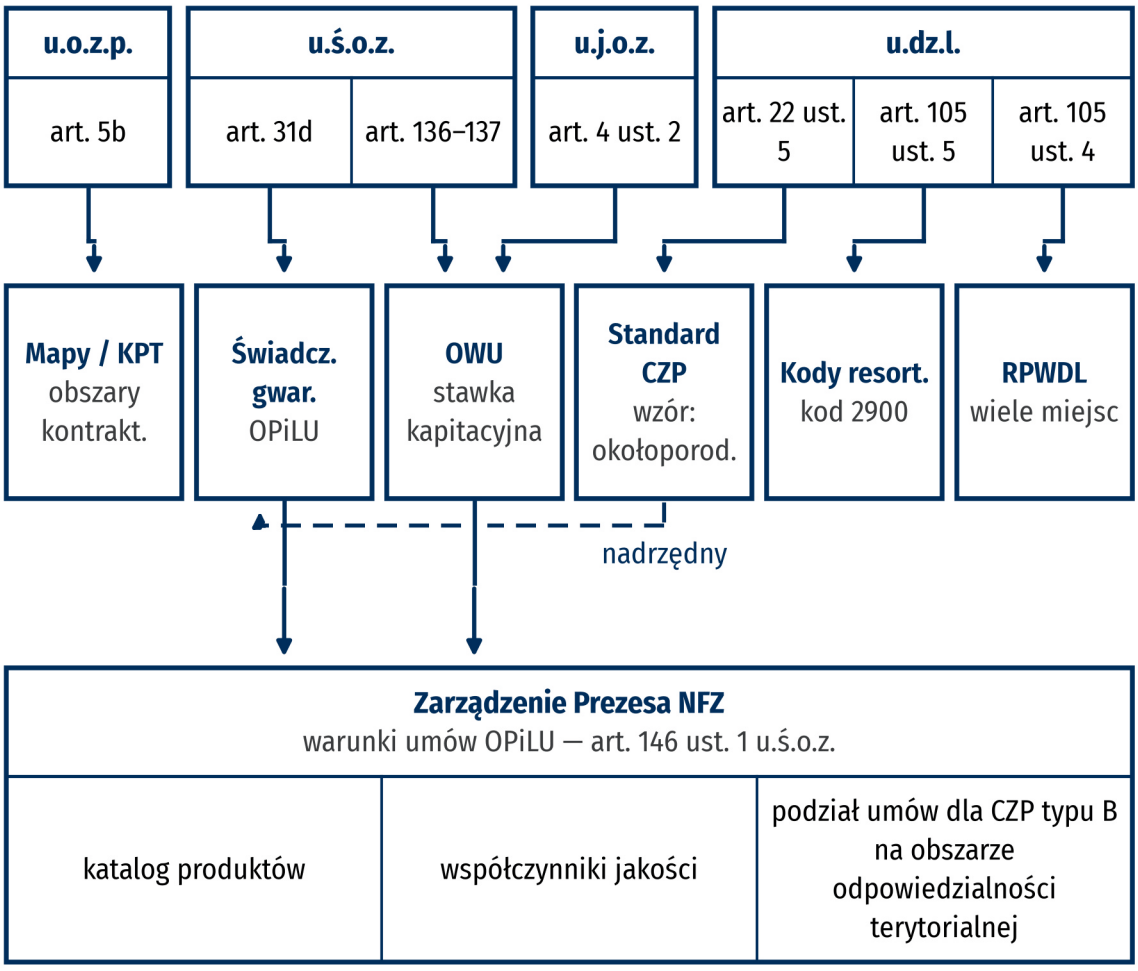
Tabela 13. Logika pakietu — od bariery w obecnym stanie prawnym do efektu w systemie CZP

Filar modelu CZP	Bariera w obecnym stanie prawnym	Kierunek zmiany	Akt prawny
Odpowiedzialność terytorialna	Brak delegacji do wiążącego wyznaczania obszarów; obszar opieki ≠ obszar kontraktowania	Delegacja dla MZ do określania obszarów + zrównanie z obszarem kontraktowania NFZ	UoOZP art. 5b; u.ś.o.z. art. 139 ust. 3a
Finansowanie populacyjne	Brak podstawy do ryczałtu na populację (rozliczenie za świadczenie/gotowość)	Delegacja do ryczałtu na populację + kapitacyjna stawka roczna + aktualizacja wykazu ulic przez dyrektora OW (bez konkursu)	u.ś.o.z. art. 136; OWU (art. 137)
Koordynacja międzysektorowa	Brak podstawy przetwarzania danych między sektorami; brak ram współpracy	Rozdz. 1a/1b + podstawa RODO + koordynacja prowadzona przez psychiatrę	UoOZP rozdz. 1a/1b (art. 10a–10h)
Standard opieki i jakość	Standard tylko w rozp. pilotażowym; brak trwałego standardu i ścieżki klinicznej	Nowe rozporządzenie o standardzie opieki w CZP (wzór: okołoporodowy)	u.dz.l. art. 22 ust. 5
Struktura CZP	Brak CZP jako trwałego zakładu w koszyku świadczeń; brak kodu i ujęcia w rejestrze	Wyodrębnienie zakresu CZP + załącznik strukturalny; kod 2900; wiele miejsc	u.ś.o.z. art. 31d; u.dz.l. art. 105
Dostępność / wejście	Skierowania i klasyczna kolejka (art. 57 ust. 2 pkt 7 i 7b) blokują szybki dostęp	Delegacja do wdrożenia innego trybu kwalifikacji w CZP (np. triaż)	UoOZP art. 5e; u.ś.o.z. art. 57 ust. 2 pkt 7 i 7b
Nadzór i monitorowanie	Brak trwałego ośrodka monitorującego transformację	Delegacja do zlecenia zadań ośrodkowi + dotacja celowa	UoOZP art. 4b
Sprawozdawczość środowiskowa	NFZ wymaga PESEL do potwierdzenia świadczenia gwarantowanego; świadczenia na rzecz społeczności lokalnej (np. profilaktyka) nie mają indywidualnego beneficjenta	Definicja świadczenia na rzecz społeczności lokalnej + sprawozdanie zbiorcze bez PESEL	u.ś.o.z. art. 5 + art. 190a

Adnotacja. UoOZP = ustawa o ochronie zdrowia psychicznego; u.ś.o.z. = ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; u.dz.l. = ustawa o działalności leczniczej; OWU = ogólne warunki umów; MZ = Minister Zdrowia; OW = oddział wojewódzki NFZ; RODO = rozporządzenie o ochronie danych osobowych; PZK = punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny. Kolumna „Akt prawny" wskazuje przepis ustawy, z którego wynika delegacja do zmiany opisanej w kolumnie „Kierunek zmiany" — pełny wykaz proponowanych aktów wykonawczych zestawia Tabela 15. Źródło: opracowanie własne.

Kolumna „Akt prawny" w Tabeli 13 pokazuje, z którego przepisu wynika każda zmiana, nie pokazuje jednak, jak te przepisy wiążą się między sobą. Rysunek VI.1 uzupełnia ten brak. Prowadzi on od czterech nowelizowanych ustaw, przez sześć rozporządzeń po zarządzenie Prezesa NFZ. Cała legislacja powinna w sposób spójny z założeniami modelu i przepisami nadrzędnymi realizować cel jakim jest zdrowienie mieszkańca.

VI.1 Relacje delegacji: ustawy → rozporządzenia → zarządzenie NFZ



Adnotacja. Skróty: u.o.z.p., u.ś.o.z., u.dz.l., u.j.o.z. — ustawy: o ochronie zdrowia psychicznego, o świadczeniach opieki zdrowotnej, o działalności leczniczej, o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta; OPiLU — opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; OWU — ogólne warunki umów; KPT — Krajowy Plan Transformacji; RPWDL — rejestr podmiotów leczniczych. Strzałka ciągła — delegacja ustawowa realizowana przez dany akt wykonawczy; przerywana — funkcjonalna nadrzędność standardu organizacyjnego (art. 22 ust. 5 u.dz.l.) wobec rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych, które odsyła do niego w zakresie organizacji. Mapy wiąże dodatkowo art. 95b u.ś.o.z.

(podstawa KPT i wskaźnika liczby map); OWU zasilają art. 136–137 u.ś.o.z. (ryczałt, stawka kapitacyjna) i art. 4 ust. 2 u.j.o.z. (komponent jakościowy); zarządzenie Prezesa NFZ (art. 146 ust. 1 u.ś.o.z.) wykonuje rozporządzenia w warstwie kontraktowej (katalog produktów, współczynniki jakości, umowy CZP typu B). Opracowanie własne.

Tabela i rycina odpowiadają razem na pytanie, co się zmienia i dlaczego. Kolejne podrozdziały 6.3–6.6 odpowiadają na pytanie, jakim dokładnie przepisem. Zaczynamy od poziomu ustawowego, bo to on otwiera delegacje bez których żadne z pięciu rozporządzeń nie mogłoby powstać.

6.3. Postulowane zmiany ustawowe

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Proponowane zmiany koncentrują się wokół art. 3, nowego art. 4b, nowego brzmienia art. 5a oraz nowych art. 5b–5g, a także dwóch nowych rozdziałów 1a i 1b.

W art. 3 rozszerza się definicję lekarza psychiatry, obejmując nią również lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży oraz lekarza, który rozpoczął właściwą specjalizację. Jest to warunek realnego obsadzenia kadr CZP wobec deficytu specjalistów. Dodaje się definicje pojęć modelu środowiskowego: skoordynowanego wsparcia międzysektorowego, osoby uprawnionej, podmiotu wspierającego, sieci oparcia społecznego oraz koordynacji opieki zdrowotnej.

Nowy art. 4b tworzy delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia do zlecenia — w drodze umowy i z finansowaniem w formie dotacji celowej — publicznej uczelni lub podmiotowi podległemu zadań planowania, analizy i monitorowania transformacji. Jest to podstawa prawna dla ośrodka monitorującego transformację i zarazem propozycja Białej Księgi co do sposobu zinstytucjonalizowania krajowej zdolności analitycznej, której oczekuje Działanie 2.7.2 Krajowego Planu Transformacji. Sam plan nie przesądza formy organizacyjnej. Wśród wskaźników wymienia liczbę opracowanych i wdrożonych narzędzi oraz procedur krajowego monitorowania transformacji, a nie liczbę powołanych instytucji.

Nowe brzmienie art. 5a przesądza, że CZP zapewnia kompleksową i skoordynowaną opiekę w formie ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej obligatoryjnie, a w formie doraźnej i stacjonarnej — w drugim podmiocie leczniczym. Jest to normatywne ujęcie modelu środowiskowego. Ciężar opieki przenosi się z leczenia całodobowego do leczenia najbliżej zamieszkania pacjenta, czyli jego środowiska. Nowe art. 5b–5e operacjonalizują ten model.

Art. 5b wprowadza obszar odpowiedzialności terytorialnej wraz z delegacją dla ministra do jego określenia (przedział 50 000–200 000 mieszkańców, z zasadami odstępstwa od tej wielkości oraz aktualizacja nie rzadziej niż co pięć lat). Art. 5c tworzy podstawę prawną dla wariantu realizowanego przez dwa podmioty lecznicze (CZP typu B). Natomiast art. 5d dopuszcza CZP wyłącznie ambulatoryjne w okresie przejściowym, gdy zapewnienie części stacjonarnej nie jest jeszcze możliwe. Rozwiązuje to ewentualną rozbieżność w czasie kontraktacji pomiędzy częścią ambulatoryjną a zabezpieczeniem leczenia całodobowego

w innym podmiocie leczniczym. Art. 5e zawiera delegację do określenia odmiennych zasad prowadzenia kolejek oczekujących, umożliwiającą triaż psychiatryczny w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym zamiast klasycznej listy oczekujących wynikających z art. 20 ustawy o świadczeniach. W całej Białej Księdze przyjmuje się jednolity wykaz numeracji jednostek w obrębie art. 5. Art. 5b jest zarezerwowany dla obszaru odpowiedzialności terytorialnej, a kolejne instytucje pakietu międzysektorowego począwszy od Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia otrzymują oznaczenia od art. 5f wzwyż.

Nowe rozdziały u.o.z.p. regulują skoordynowane wsparcie zdrowia psychicznego — odpowiednio dzieci i młodzieży oraz dorosłych. Wskazują katalog podmiotów współdziałających (oświata, pomoc społeczna, piecza zastępcza, podmioty lecznicze), zasady i tryb koordynacji oraz podstawę prawną przetwarzania danych osobowych niezbędną do legalnej wymiany informacji między sektorami. Rozdział 1b osadza ponadto funkcję koordynacji opieki prowadzonej przez lekarza psychiatrę i specjalistów we współpracy z podstawową opieką zdrowotną i opieką specjalistyczną. Konsekwencje tych przepisów dla ochrony danych omówiono poniżej. Objęcie propozycją także rozdziału dotyczącego dzieci i młodzieży wynika z konstrukcji samej ustawy, a nie z rozszerzenia zakresu opracowania. Po pierwsze, oba rozdziały tworzą jedną, symetryczną konstrukcję: przepisy o koordynacji międzysektorowej i o podstawie przetwarzania danych muszą obejmować obie ścieżki wiekowe, inaczej wymiana informacji przy zgodzie współdzielonej (skumulowanej) i przejściu z psychiatrii dzieci do psychiatrii dorosłych (problem dzieci 18+) pozostałaby bez podstawy prawnej po jednej ze stron. Po drugie, zapewnienia odpowiednich ram prawnych dla współpracy międzysektorowej w opiece nad dziećmi i młodzieżą — koordynacji ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym oraz z systemem pomocy społecznej — wpisuje się w Krajowy Plan Transformacji. Projektowanie obu rozdziałów osobno groziłoby powstaniem dwóch niespójnych reżimów wymiany danych. Biała Księga nie proponuje przy tym modelu merytorycznego opieki nad dziećmi i młodzieżą — ogranicza się do warstwy koordynacyjnej i danych, wspólnej dla obu ścieżek.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej

W ustawie o świadczeniach proponuje się cztery zmiany. Art. 2 ust. 1 otrzymuje definicję CZP jako zakładu leczniczego (w formie ambulatoryjnej — komórka 2900, w formie szpitalnej — oddział 4700), co nadaje CZP podmiotowość w systemie kontraktowania. Definicja ta jest przyjętym w niniejszym opracowaniu rozstrzygnięciem spornej dotąd kwestii statusu prawnego CZP (osoba prawna, funkcja czy lider konsorcjum). W art. 136 ust. 2 dodaje się delegację do naliczania kwoty zobowiązania jako ryczałtu na populację — odrębnie dla wariantu jednopodmiotowego i dwupodmiotowego — oraz określa sposób jego ustalania (liczba mieszkańców według danych GUS, struktura wieku i płci, ryzyko zdrowotne, waloryzacja wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych, klauzula nieobniżania poniżej poziomu z roku poprzedniego, okresowy przegląd stawki oparty na rzeczywistych kosztach realizacji świadczeń). W art. 139 dodaje się ust. 3a przesądzający, że obszar kontraktowania pokrywa się z obszarem odpowiedzialności terytorialnej. Przepis ten wiąże

mapy z umową NFZ i rozwiązuje problem miast, w których działa więcej niż jedno CZP. W art. 57 ust. 2 rozszerza się pkt 15 na osoby dorosłe. Zwolnienie z wymogu skierowania obejmuje świadczenia psychologiczne, psychoterapeutyczne i środowiskowe dla dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych, z wyłączeniem psychoterapii długoterminowej. Zwolnienia dla psychiatry (pkt 7) i psychologa (pkt 7b) już obowiązują.

Sprawozdawczość świadczeń na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej

Odrębną, istotną dla modelu barierą jest sprawozdawczość. Sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia wymaga przypisania każdego świadczenia do indywidualnie zidentyfikowanego świadczeniobiorcy (numerem PESEL, a w razie jego braku — identyfikatorem zastępczym), co wynika z art. 188 oraz art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach i rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1588). Świadczenia o charakterze populacyjnym i środowiskowym — koordynacja międzysektorowa, profilaktyka, edukacja zdrowotna — nie mają indywidualnego beneficjenta, przez co nie mieszczą się w komunikatach sprawozdawczych. Bariera ta — proceduralna, a nie finansowa — czyni rekomendację koordynacji lokalnej z pierwszego raportu Zespołu ds. analizy zdarzeń w których małoletni poniósł śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu prawnie niewykonalną.

Rozwiązanie ma charakter dwuetapowy. Etap pierwszy — ustawowy — wprowadza w ustawie o świadczeniach definicję „świadczenia na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej" (nowy punkt w art. 5) oraz nowy art. 190a, który dopuszcza sprawozdawanie i rozliczanie takich świadczeń w sposób zbiorczy, bez identyfikatora indywidualnego, w odniesieniu do obszaru działania świadczeniodawcy, jednostki samorządu terytorialnego lub populacji. Jednocześnie zachowuje obowiązek dokumentowania liczby, rodzaju i obszaru świadczeń oraz zastrzega, że dane identyfikujące przekazuje się tylko wtedy, gdy konkretnej osobie udzielono odrębnego świadczenia indywidualnego.

Etap drugi — wykonawczy — to określenie wykazu świadczeń środowiskowych i sposobu ich sprawozdawania przede wszystkim w standardzie organizacyjnym CZP jako akcie nadrzędnym, a w zakresie warunków finansowania — w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych (art. 31d), z zachowaniem ich zgodności ze standardem opieki w CZP. Art. 190a jest zatem delegacją domykającą model. Pozwala przesądzić, jakie i kiedy świadczenia na rzecz rodzin i społeczności mogą być realizowane i rozliczane w systemie NFZ.

Mechanizm jest komplementarny wobec rozdziałów 1a/1b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W nich ustanawia się podstawę przetwarzania danych dla koordynacji konkretnego pacjenta (z identyfikacją). W tym artykule określa się sprawozdawczość zbiorczą dla działań populacyjnych (bez identyfikacji), co dodatkowo ogranicza ekspozycję na ryzyka RODO przez minimalizację danych. Nowelizacja z druku sejmowego nr 2685 została już uchwalona (ustawa z dnia 19 czerwca 2026 r., Dz. U. z 2026 r. poz. 972, obowiązuje od 5 sierpnia 2026 r.), wprowadzenie obu przepisów wymaga zatem odrębnej inicjatywy legislacyjnej.

6.4. Trzy filary o randze ustawowej

Trzy filary modelu — odpowiedzialność terytorialna, finansowanie populacyjne i koordynacja międzysektorowa — łączy wspólna cecha. Żadnego z nich nie da się skutecznie wdrożyć wyłącznie aktem wykonawczym. Wymagają one umocowania ustawowego, a dopiero na nim — uszczegółowienia w rozporządzeniach. Z tego względu poświęcono im odrębny podrozdział. Te trzy aspekty przesądzają o powodzeniu transformacji.

Mapy odpowiedzialności terytorialnej

Mapa odpowiedzialności terytorialnej jest fundamentem psychiatrii środowiskowej. We wcześniejszym podrozdziale wskazaliśmy, że zgodnie z rekomendacjami Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego mogłyby one mieć rangę obwieszczenia Ministra Zdrowia (KPT). Niemniej jak pokazuje praktyka kontraktowania, OW NFZ i Centrala NFZ może, ale nie musi uwzględniać KPT i WPT podczas kontraktowania. Aby mapa wiązała prawnie NFZ i CZP, musi spełniać dwa warunki. Po pierwsze, potrzebna jest delegacja ustawowa dla ministra do określania obszarów (art. 5b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Dotychczasowe brzmienie projektowanego art. 5b ust. 2 („Obszar odpowiedzialności terytorialnej określa Minister właściwy do spraw zdrowia") jest pod tym względem niewystarczające. Zgodnie z art. 92 ust. 1 Konstytucji akt wykonawczy wymaga wyraźnej delegacji wskazującej formę i wytyczne. Jeżeli wykaz obszarów ma mieć rangę normatywną, art. 5b musi zostać uzupełniony o formułę „określi, w drodze rozporządzenia, wykaz obszarów odpowiedzialności terytorialnej, mając na względzie liczbę mieszkańców, dostępność świadczeń i ciągłość kontraktowania". Po drugie, obszar odpowiedzialności musi być tożsamy z obszarem kontraktowania przez NFZ (art. 139 ust. 3a ustawy o świadczeniach). Bez tego mapa pozostaje dokumentem planistycznym bez skutku dla umów.

Warunku drugiego nie spełnia dziś żadna z istniejących ścieżek planistycznych. Art. 95c ustawy o świadczeniach, na podstawie którego powstają wojewódzkie plany transformacji, nie wiąże ich ani z art. 139, ani z kryteriami oceny ofert. Art. 131b i art. 139 ust. 3 nakazują Funduszowi jedynie „uwzględniać" plany. Plan pozostaje więc dokumentem bez skutku dla umów, a rozmieszczenie centrów zaplanowane w Krajowym Planie Transformacji i w planach wojewódzkich może zostać rozstrzygnięte inaczej w postępowaniu konkursowym lub wnioskowym. Bez tego artykułu cel 2.7.2 Krajowego Planu Transformacji — opracowanie i wdrożenie map odpowiedzialności terytorialnej — pozostanie niewykonane.

Podobne przepisy funkcjonują już w ochronie zdrowia. Art. 22 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 652) stanowi, że „zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów".

Mapy powinny być uzgadniane regionalnie i procedowane w konsultacjach lokalnych. Rekomendujemy nadanie wykazowi rangi normatywnej (rozporządzenie), a ujęcie map w sprawozdawczości z realizacji Krajowego Planu Transformacji (wskaźnik: liczba krajowych map odpowiedzialności terytorialnej) traktujemy jako wtórny i informacyjny. To świadome odstępstwo od Raportu końcowego zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Rekomendował on uregulowanie tej sprawy w obwieszczeniu — odstępstwo uzasadnione koniecznością wywołania skutku kontraktowego; kwestię formy sygnalizujemy jako punkt decyzyjny.

Za rangą normatywną przemawia także precedens z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Art. 55 ust. 2 i 3 zobowiązał ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, w porozumieniu z ministrem zdrowia, do opracowania docelowej sieci domów pomocy społecznej i środowiskowych domów samopomocy w terminie do 31 grudnia 2025 r. Termin upłynął, a sieci nie ogłoszono. Ustawowy termin sieciowy pozbawiony mechanizmu egzekucji pozostaje martwy. Dokładnie to ryzyko grozi mapom odpowiedzialności terytorialnej, jeżeli zostaną ogłoszone aktem nie wywołującym skutków na poziomie umów z NFZ.

Budżet populacyjny

Finansowanie modelu opiera się na budżecie populacyjnym o konstrukcji mieszanej: stawka bazowa obliczana na populację obszaru i opłacająca gotowość do udzielania opieki oraz część zależna od wykonania, obejmująca składową aktywności, rezerwę hospitalizacyjną i składową jakościową (strukturę i proporcje określa rozdział V). Ranga ustawowa dotyczy zasad konstrukcji budżetu, a nie proporcji składowych — te pozostają parametrem warstwy wykonawczej. Ustawowym umocowaniem jest delegacja w art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Mechanizm rozliczeniowy — kapitacyjna stawka roczna — uregulowany został w ogólnych warunkach umów. Ta sama nowelizacja ogólnych warunków umów wdraża procedurę podziału obszarów odpowiedzialności terytorialnej w przypadku miast o jednym kodzie TERYT. Konstrukcja zapewnia stabilność (budżet roczny, waloryzowany, powyżej poziomu z roku poprzedniego, z okresowym przeglądem stawki wobec rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń) i wiąże finansowanie z efektywnością zamiast z samą gotowością do udzielania świadczeń. Składowa jakościowa — wypłacana warunkowo, w zależności od osiągniętych wartości wskaźników — wykorzystuje istniejącą już delegację z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Nie wymaga zatem nowego aktu.

Szczegółowe parametry liczbowe budżetu (m.in. stawka kapitacyjna, proporcja środków ambulatoryjnych do całodobowych oraz wagi składowych) nie są przedmiotem niniejszego rozdziału — określa je rozdział poświęcony modelowi finansowemu. Aby uniknąć rozbieżności między rozdziałami, liczby przytacza się wyłącznie tam, a niniejszy rozdział do nich odsyła. Liczba składowych budżetu jest w Białej Księdze ujednolicona do struktury czteroelementowej opisanej w rozdziale finansowym. Rozbieżność z Raportem końcowym

zespołu ds. wdrożenia CZP, który wyróżnia trzy składowe (bazową, funkcyjną i jakościową) jest właśnie propozycją poddaną pod szerszą dyskusję.

Koordynacja międzysektorowa i przetwarzanie danych

Skuteczna opieka środowiskowa wymaga współdziałania sektorów usług publicznych, m.in. zdrowia, edukacji i pomocy społecznej oraz wymiany informacji o osobie uprawnionej do korzystania z tych usług. Wymiana ta dotyczy danych o stanie zdrowia, należących do szczególnej kategorii danych w rozumieniu art. 9 RODO. Dlatego ustawa o ochronie zdrowia psychicznego musi zawierać podstawę prawną, zakres przetwarzanych danych, zdefiniowanie uprawnionych administratorów i obowiązek zachowania poufności. Jest to najbardziej wrażliwy element całego pakietu zmian legislacyjnych i wymaga starannego dopracowania klauzul.

Propozycja regulacji dotyczących koordynacji międzysektorowej jest wskazana w kolejnych podrodziałach Białej Księgi (m.in. rola koordynacyjna CZP, plan opieki, standard współpracy). Propozycja legislacyjna jest ma na celu kompleksowe ujęcie zmian, aby samorząd lokalny i centrum mogły pełnić swoją rolę. Proponujemy w nich ramy ustawowe (definicje, katalog podmiotów, podstawę przetwarzania danych) oraz uszczegółowienie ścieżek współpracy aktom wykonawczym.

Warunkiem spójności jest jednolite rozstrzygnięcie statusu prawnego centrum jako administratora danych, przy czym odniesiono ją do centrum jako zakładu leczniczego (art. 2 ustawy o świadczeniach). Zmiany prawne muszą dawać możliwość centrum jako podmiotowi leczniczemu — poza oczywistą rolą podmiotu leczniczego — wystarczającą podstawą wskazania jego jako administratora (lub współadministratora) danych pozyskanych we współpracy międzysektorowej. Komplementarnie działa mechanizm sprawozdawczości zbiorczej, który dla działań populacyjnych i środowiskowych w ogóle nie wymaga identyfikatora indywidualnego. Te dane mogłyby być analizowane przez zespół koordynacji i integracji działający przy JST.

6.5. Akty wykonawcze

Standard organizacyjny opieki w CZP

Najważniejszym aktem wykonawczym pakietu legislacyjnego w naszej propozycji jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych prowadzących centra zdrowia psychicznego. Rozporządzenie inkorporuje opis modelu opieki z Rozdziału II Białej Księgi oraz Standardy organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego i organizacyjnego CZP. W dalszym etapie, po powołaniu ośrodka krajowego, we współpracy z towarzystwami naukowymi można etapami wprowadzać standardy kliniczne diagnozy oraz leczenia jako rekomendacje medyczne do tego rozporządzenia.

Standard ma trzy warstwy tj.:

1) warstwa horyzontalna — przeniesiona ze Standardu diagnostyczno-terapeutycznego — określa minimalne wymogi etyczno-organizacyjne wiążące każde CZP: poszanowanie praw i godności, prywatność i poufność, przeciwdziałanie stygmatyzacji, włączenie otoczenia społecznego pacjenta, koordynację i ciągłość opieki, współpracę ze środowiskiem lokalnym oraz profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego.
2) warstwa ścieżki opieki opisuje kolejne etapy procesu — przedzgłoszeniowy, zgłoszeniowy, diagnostyczny, realizacji celów oraz zakończenia i ewaluacji — wraz z organizacją Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego, zasadami pomocy czynnej, indywidualnym planem terapii i zdrowienia, funkcją koordynatora opieki i rolą asystenta zdrowienia.
3) warstwa jakości ustanawia obowiązek monitorowania wskaźników i klasyfikację jakości wraz z mechanizmem planu naprawczego.

Konstrukcja rozdziela przy tym dwa poziomy: spełnienie standardu i prowadzenie monitorowania jest warunkiem kontraktowania i utrzymania umowy. Natomiast z osiąganymi wartościami wskaźników powiązana jest w ogólnych warunkach umów składowa jakościowa ryczałtu, wypłacana warunkowo — zgodnie z zasadą warunkowości, a nie premiowania.

Standard organizacyjny i rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych mają wprawdzie równorzędną moc prawną (oba są rozporządzeniami Ministra Zdrowia), jednak standard pełni rolę funkcjonalnie nadrzędną — ramową. Wiąże wszystkich świadczeniodawców prowadzących centrum niezależnie od umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jego przestrzeganie podlega nadzorowi nad działalnością leczniczą (art. 111 i nast. ustawy o działalności leczniczej) — niezależnie od kontroli kontraktu przez Fundusz. Rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych jest wobec standardu aktem podporządkowanym. Określa wykaz świadczeń oraz warunki ich finansowania, odsyłając w zakresie organizacji i warunków realizacji do standardu, a samo spełnienie standardu czyni warunkiem kontraktowania. Układ ten odzwierciedla wzorzec standardu w opiece okołoporodowej, w którym standard organizacyjny jest aktem pierwotnym wobec koszyka. Przewiduje się przepisy przejściowe zapewniające bezpieczne wyjście z pilotażu (m.in. dochodzenie do docelowego wskaźnika 25 łóżek na 100 000 dorosłych mieszkańców obszaru, w trzyletniej ścieżce 33 → 28 → 25 przy zachowaniu wyróżnika nr 4 w umowach ze szpitalami), zsynchronizowane między standardem a rozporządzeniem o świadczeniach gwarantowanych.

Struktura CZP w świadczeniach gwarantowanych i akty rejestrowe

Szczegółową strukturę CZP umieszcza się w nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wprowadza się nowy zakres świadczeń realizowanych w CZP wraz z katalogiem świadczeń (np. działań środowiskowych) oraz załącznikiem określającym wymagania formalne, minimalne przeliczniki kadrowe na 100 000 mieszkańców i wskaźnik łóżek. Jest to świadoma realizacja

dyrektywy, by konkretne wymagania kadrowo-strukturalne warunkujące kontraktowanie były uregulowane w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych.

Dopełnieniem tego rozwiązania są dwie nowelizacje rejestrowe: wprowadzenie kodu resortowego 2900 „centrum zdrowia psychicznego" (oraz grupy HC.1.4) w rozporządzeniu o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych. Ponadto, dopuszczenie w rozporządzeniu o RPWDL rejestracji więcej niż jednego miejsca udzielania świadczeń w obrębie jednej komórki organizacyjnej, co pozwoli CZP działać w wielu lokalizacjach blisko miejsca zamieszkania pacjenta zgodnie z mapami odpowiedzialności terytorialnej.

Warstwa kontraktowa — zarządzenie Prezesa NFZ

Rozporządzenia tworzą ramy, lecz są operacjonalizowane dopiero przez akt wykonawczy Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, wydawane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, jest warstwą operacyjną, która musi być zgodna z rozporządzeniami. Nie jest źródłem prawa powszechnie obowiązującego, dlatego nie wchodzi w skład pakietu ustawowo-rozporządzeniowego; wskazuje się je jako element obowiązkowy do uruchomienia po wejściu w życie rozporządzeń.

Zgodność wymaga dostosowania pięciu obszarów Zarządzenia. Po pierwsze, wprowadzenia produktu rozliczeniowego „kapitacyjna stawka roczna CZP", odpowiadającego definicji z ogólnych warunków umów. Po drugie, współczynników korygujących powiązanych z klasyfikacją jakości (CZP / CZP+ / CZP++) i kartami wskaźników. Po trzecie, zasad podziału budżetu populacyjnego dla CZP typu B realizowanego przez dwa podmioty na podstawie dwóch umów. Po czwarte, sprawozdawczości nowych świadczeń (sesje koordynacji, opieka czynna, świadczenia środowiskowe) oraz wskaźników populacyjnych na poziomie obszaru. Po piąte, powiązania warunków realizacji z obszarem odpowiedzialności terytorialnej jako obszarem kontraktowania (art. 139 ust. 3a) i z postępowaniem konkursowym na obszarach, gdzie działa więcej niż jedno centrum. Treści Zarządzenia nie projektuje się w niniejszym opracowaniu — pozostają one w kompetencji Funduszu. W Białej Księdze sformułowaliśmy jedynie mandat zgodnościowy, aby uniknąć błędów związanych z rozbieżnością pomiędzy rozporządzeniem (por. definicja opieki czynnej w rozporządzeniu pilotażowym) a zarządzeniem (sprawozdawanie opieki czynnej).

6.6. Zgodność z Krajowym Planem Transformacji

Krajowy Plan Transformacji na lata 2027–2031 ogłoszony obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2025 r. poz. 106) przewiduje dla opieki psychiatrycznej dwa działania ponadregionalne. Działanie 2.7.1 „Wzmocnienie modelu koordynowanej opieki psychiatrycznej" realizowane przez Ministra Zdrowia w latach 2026–2031, o szacowanym koszcie 2,5 mld zł. W ramach tego działania oczekuje się „pełnego przejścia z pilotażu centrów zdrowia psychicznego do

systemu docelowego, w tym na II i III poziomie referencyjności w psychiatrii dorosłych", zwiększenia dostępności świadczeń środowiskowych oraz „wdrożenia standardów opieki psychiatrycznej". Działanie 2.7.2 „Wzmocnienie systemu ochrony zdrowia psychicznego" — również Ministra Zdrowia, lata 2026–2031, 300 mln zł obejmuje „opracowanie i wdrożenie map odpowiedzialności terytorialnej dla centrów zdrowia psychicznego, uwzględniających potrzeby zdrowia psychicznego mieszkańców", „wypracowanie i wdrożenie systemu wskaźników, w tym wskaźników jakościowych i ilościowych dla zdrowia psychicznego" oraz budowę krajowej zdolności analitycznej. Istotny jest przy tym termin rozpoczęcia obu działań. Sam plan obowiązuje wprawdzie od 1 stycznia 2027 r., lecz okno wdrożeniowe otwiera się już teraz i pakiet legislacyjny opisany w tym rozdziale jest przygotowany na ten właśnie moment.

Biała Księga dostarcza gotowego rozwiązania dla obu rezultatów. Zestawienie to trzeba jednak czytać we właściwej skali. Biała Księga operacjonalizuje działania planu na przykładzie jednego województwa — dostarcza metody odtwarzalnej w każdym regionie wraz z jej wzorcowym wykonaniem, nie zaś gotowego rozwiązania krajowego. Wskaźniki planu liczone są w skali kraju, a to wymaga powtórzenia tej pracy w pozostałych piętnastu województwach. Tabela 14 zestawia rezultaty obu działań z odpowiedzią opracowania.

Tabela 14. Odpowiedź Białej Księgi na Krajowy Plan Transformacji (część 1 z 2)

Działania 2.7.1 i 2.7.2 KPT 2027–2031 (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2025 r. poz. 106, s. 35–38) wobec rozwiązań Białej Księgi

Działanie i rezultat KPT	Odpowiedź Białej Księgi	Status
2.7.1 — „pełne przejście z pilotażu CZP do systemu docelowego, w tym na II i III poziomie referencyjności”	art. 5a–5e u.o.z.p.; art. 2, 136 ust. 2, 139 ust. 3a, 57 ust. 2 u.ś.o.z. (6.3.1–6.3.2); poziomy — Tabela 3; symulacje — 5.7	● **pełna**
2.7.1 — „wdrożenie standardów opieki psychiatrycznej (dzieci i młodzież oraz dorośli)”	Rozporządzenie o standardzie opieki w CZP, art. 22 ust. 5 u.dz.l. (6.5.1); standard diagnostyczno-terapeutyczny (Aneks nr 2)	● **częściowa — dorośli**
2.7.1 — „zwiększenie dostępności świadczeń środowiskowych”	obligatoryjność form ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej (art. 5a); sprawozdawczość — art. 190a (6.3.3); ryczałt 67/33 (5.1)	● **pełna**
2.7.1 — „poprawa jakości i bezpieczeństwa infrastruktury oddziałów całodobowych”	ścieżka 33 → 28 → 25 łóżek na 100 tys. dorosłych (6.5.1); wyróżnik 4 jako źródło finansowania przekształceń (5.2)	● **częściowa**
2.7.1 — „zwiększenie liczby specjalistów”	model kadrowy EBM: 61,7 etatu na 100 tys. wobec 30,0 w koszyku (5.8, Rysunek V.9); szersza definicja lekarza psychiatry (art. 3)	● **częściowa**
2.7.2 — „opracowanie i wdrożenie map odpowiedzialności terytorialnej dla CZP”	delegacja z art. 5b u.o.z.p. i art. 139 ust. 3a (6.4.1); procedura wyznaczania — 5.3, Rysunek V.5; piętnaście obszarów — Tabela 11	● **pełna**

Adnotacja. Część 1 z 2. Wiersze odpowiadają rezultatom Działań 2.7.1 i 2.7.2 Krajowego Planu Transformacji, a kolumna po prawej wskazuje podrozdział Białej Księgi, który dany rezultat realizuje. Zestawienie jest mapowaniem zgodności, a nie harmonogramem. Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Planu Transformacji na lata 2027–2031 (obwieszczenie Ministra Zdrowia z 30 grudnia 2025 r., Dz. Urz. Min. Zdr. z 2025 r. poz. 106).

Tabela 14. Odpowiedź Białej Księgi na Krajowy Plan Transformacji (część 2 z 2)

Działania 2.7.1 i 2.7.2 KPT 2027–2031 (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2025 r. poz. 106, s. 35–38) wobec rozwiązań Białej Księgi

Działanie i rezultat KPT	Odpowiedź Białej Księgi	Status
2.7.2 — mapy „uwzględniające potrzeby zdrowia psychicznego mieszkańców”	rozpowszechnienie zaburzeń przeliczone na populację każdego obszaru (Tabela 2); podział miasta o jednym kodzie TERYT — 5.6, Rysunek V.8	● pełna
2.7.2 — „system wskaźników, w tym jakościowych i ilościowych dla zdrowia psychicznego”	Tabela 6: siedem mierników per obszar (produkt → rezultat → oddziaływanie), benchmarki HEDIS, NICE, WHODAS 2.0; harmonogram — Rysunek II.11	● pełna
2.7.2 — „ich wykorzystanie w analizach, monitoringu i raportowaniu”	Tabela 7 — symetryczne wskaźniki sektorów; warstwa jakości standardu i klasyfikacja CZP / CZP+ / CZP++ (6.5.1); zarządzenie Prezesa NFZ (6.5.3)	● pełna
2.7.2 — „budowa krajowej zdolności analitycznej” i „rekomendacje oparte na danych”	art. 4b u.o.z.p. — ośrodek planowania, analizy i monitorowania (6.3.1); trójpoziomowy ład zarządczy (4.3); ewaluacja jako obowiązek (L.10)	● częściowa
potrzeba 2 — współpraca ze szkołą, rodziną i pomocą społeczną: „potrzebne zapewnienie ram prawnych”	rozdziały 1a i 1b u.o.z.p., art. 10e–10l (6.3.1); pakiet L.1–L.10 (6.7, Tabele L.1 i L.2); standard przejścia 18+ (3.3, L.7)	● częściowa — dorośli
potrzeby 3 i 6 — leczenie uzależnień, substytucja i podwójna diagnoza; psychogeriatria i wsparcie opiekunów	obszary wskazane do odrębnych prac i ustaleń (5.7, 6.6); świadczenia psychogeriatryczne tylko jako element II poziomu (Tabela 3); brak modelu — 3.6	● do dalszych prac

Adnotacja. Część 2 z 2 — ciąg dalszy zestawienia rozpoczętego w części 1; podpis i nota źródłowa odnoszą się do całej tabeli. Wiersze bez odpowiednika po stronie Białej Księgi to obszary sekcji 2.7 wskazane do odrębnych prac (m.in. leczenie uzależnień), a nie luki w mapowaniu. Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Planu Transformacji na lata 2027–2031 (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2025 r. poz. 106).

Odrębnie należy odnotować rezultat dotyczący krajowej zdolności analitycznej. Proponowany art. 4b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza odpowiednią delegację dla Ministra Zdrowia. W drodze umowy i z finansowaniem w formie dotacji celowej dla publicznej uczelni lub podmiotu podległemu powierza zadania planowania, analizy i monitorowania transformacji w perspektywie międzysektorowej. Kluczowy jest fakt, że zdrowie psychiczne wymaga analiz międzysektorowych, aby optymalizować środki publiczne wydawane na zdrowienie mieszkańców.

Wraz z trójpoziomowym ładem zarządczym z podrozdziału 4.3, w którym poziom krajowy tworzy ośrodek o osobowości prawnej oraz z obowiązkiem ewaluacji systemu daje to instytucjonalną podstawę dla zdolności analitycznej, w tym międzysektorową. Rozwiązanie to należy jednak czytać jako propozycję instrumentu, a nie jako wykonanie oczekiwania planu. KPT nie przesądza formy organizacyjnej, wskazując wśród wskaźników wyłącznie liczbę wdrożonych narzędzi i procedur monitorowania oraz liczbę raportów analitycznych.

Trzy obszary sekcji 2.7 pozostają poza zakresem niniejszego opracowania i wymagają odrębnych prac. Pierwszym jest leczenie uzależnień wraz z rozszerzeniem dostępu do leczenia substytucyjnego i zintegrowaną opieką nad osobami z podwójną diagnozą (potrzeba nr 3 planu). Biała Księga nie rozstrzyga tego obszaru merytorycznie i wskazuje go do odrębnych prac. Drugim jest zdrowie psychiczne seniorów: poradnie i oddziały psychogeriatryczne, wsparcie opiekunów rodzinnych i instytucjonalnych oraz integracja opieki medycznej, społecznej i środowiskowej (potrzeba nr 6 planu). Poza świadczeniami psychogeriatrycznymi ujętymi w Tabeli 3 jako element II poziomu referencyjnego opracowanie nie przedstawia szerszej analizy problemów i rozwiązań. Trzecim jest opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży, którą Biała Księga podejmuje wyłącznie na styku z systemem dorosłych — w standardzie przejścia 18+ oraz w standardzie opieki nad rodziną pacjenta i współpracy z ośrodkami referencyjnymi I i II poziomu. Domknięcie tych trzech obszarów jest warunkiem pełnej realizacji sekcji 2.7 planu, lecz wykracza poza zakres przedmiotowy niniejszego opracowania.

Poniższa tabela zestawia każdą proponowaną zmianę z efektem systemowym. Symbolem • oznaczono przepisy trzech filarów, tj. mapy, finansowanie i koordynacja wymagające delegacji ustawowej.

Tabela 15 (1/3) Proponowane zmiany aktów prawnych i ich efekt w systemie CZP

Część 1 z 3 — ustawa o ochronie zdrowia psychicznego; KPT — punkt Krajowego Planu Transformacji

Akt / jednostka	Zmiana	Co wprowadza do systemu CZP	Ranga	KPT
UoOZP art. 3 pkt 7–12	Definicje (psychiatra; pojęcia modelu środowiskowego)	Obsada kadry mimo deficytu; język prawny współpracy międzysektorowej	ustawa	2.7.1
UoOZP art. 4b	Delegacja: ośrodek monitorujący + dotacja celowa	Krajowa zdolność analityczna, wskaźniki, rekomendacje II/III poziomu	ustawa	2.7.2
UoOZP art. 5a	Kompleksowa opieka: ambulatoryjna/dzienna/ środowiskowa obligatoryjnie	Rdzeń modelu środowiskowego; CZP bez własnego oddziału	ustawa	2.7.1
• UoOZP art. 5b	Delegacja: obszar odpowiedzialności terytorialnej (50–200 tys.)	Mapy odpowiedzialności = podstawa budżetu i triażu	ustawa	2.7.2
• UoOZP art. 5c	CZP typu B (dwa podmioty, dwie umowy)	Skalowalność tam, gdzie jeden podmiot nie udźwignie pełnej struktury	ustawa	2.7.1
UoOZP art. 5d	CZP wyłącznie ambulatoryjne	Pełne pokrycie kraju mimo braków infrastruktury	ustawa	2.7.1
UoOZP art. 5e	Delegacja: odrębne zasady kolejek/triażu w PZK	Triaż psychiatryczny zamiast klasycznej kolejki	ustawa	2.7.1
• UoOZP rozdz. 1a/1b	Skoordynowane wsparcie + podstawa przetwarzania danych	Legalna koordynacja i wymiana informacji edukacja–PS–zdrowie	ustawa	2.7.1/2.7.2

Adnotacja. Część 1 z 3. Każdy wiersz zestawia jedną proponowaną zmianę przepisu z jej efektem systemowym; symbolem • oznaczono przepisy trzech filarów z podrozdziału 6.4 (mapy, finansowanie, koordynacja), wymagające delegacji ustawowej. Kolejność wierszy odpowiada układowi rozdziału VI, a nie priorytetowi wdrożenia. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 15 (2/3) Proponowane zmiany aktów prawnych i ich efekt w systemie CZP

Część 2 z 3 — ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej; KPT — punkt Krajowego Planu Transformacji

Akt / jednostka	Zmiana	Co wprowadza do systemu CZP	Ranga	KPT
u.ś.o.z. art. 2 ust. 1 pkt 15	Definicja CZP jako zakładu leczniczego	Podmiotowość CZP w systemie NFZ	ustawa	2.7.1
• u.ś.o.z. art. 136 ust. 2 pkt 1d–1e	Delegacja: ryczałt na populację + sposób naliczania	Budżet populacyjny — stabilny, waloryzowany	ustawa	2.7.1
• u.ś.o.z. art. 139 ust. 3a	Obszar kontraktowania = obszar odpowiedzialności	Spięcie map z umową NFZ; rozwiązanie miast wielo-CZP	ustawa	2.7.2
u.ś.o.z. art. 57 ust. 2 pkt 16	Zniesienie skierowania (poza psychoterapią)	Otwarte wejście przez PZK	ustawa	2.7.1
u.ś.o.z. art. 5 (nowy pkt)	Definicja: świadczenie na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej	Świadczenia populacyjne/ środowiskowe bez indywidualnego beneficjenta	ustawa	2.7.1/2.7.2
• u.ś.o.z. art. 190a (nowy)	Sprawozdawanie zbiorcze bez PESEL + delegacja (art. 31d / 48e /22 ust. 5 u.dz.l.)	Odblokowanie koordynacji lokalnej, profilaktyki i edukacji; bez skutków finansowych	ustawa	2.7.1/2.7.2

Adnotacja. Część 2 z 3 — ciąg dalszy wykazu; podpis, legenda symbolu • i nota źródłowa odnoszą się do całej tabeli. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 15 (3/3) Proponowane zmiany aktów prawnych i ich efekt w systemie CZP

Część 3 z 3 — akty wykonawcze; KPT — punkt Krajowego Planu Transformacji

Akt / jednostka	Zmiana	Co wprowadza do systemu CZP	Ranga	KPT
Rozporządzenie o standardzie opieki w CZP (art. 22 ust. 5 u.dz.l.) — nowe	Standard organizacyjny + horyzontalny + ścieżka diag.-terap. + klasyfikacja jakości	Jednolity standard jakości i ścieżki klinicznej w całym kraju	rozporządzenie	2.7.1/2.7.2
Świadczenia gwarantowane OPiLU (art. 31d u.ś.o.z.)	Nowy zakres CZP + załącznik strukturalny	Struktura: komórki, personel/100 tys., łóżka 25/100 tys., katalog świadczeń	rozporządzenie	2.7.1
OWU (art. 137 ust. 2 u.ś.o.z.)	Kapitacyjna stawka roczna + współczynnik jakościowy + tryb aktualizacji wykazu ulic obszaru	Mechanizm wypłaty ryczałtu, premia za jakość, ciągłość przypisania w miastach dzielonych	rozporządzenie	2.7.2
Kody resortowe (art. 105 ust. 5 u.dz.l.)	Kod 2900 + grupa HC.1.4	Tożsamość rejestrowa CZP	rozporządzenie	2.7.1
RPWDL (art. 105 ust. 4 u.dz.l.)	Więcej niż 1 miejsce udzielania świadczeń w jednej komórce	Działanie CZP w wielu lokalizacjach blisko domu	rozporządzenie	2.7.1
• Mapy — akt publikacyjny	Ogłoszenie wykazu obszarów (sprzężone z KPT)	Operacyjne mapy = obszary kontraktowania	rozporządzenie	2.7.2
Zarządzenie Prezesa NFZ — OPiLU (art. 146 ust. 1 u.ś.o.z.)	Katalog produktów + współczynniki jakości + podział CZP typu B	Warstwa kontraktowa: rozliczenie ryczałtu, premii jakościowej i dwóch umów CZP B	zarządzenie NFZ	2.7.1/2.7.2

Adnotacja. Część 3 z 3 — zakończenie wykazu rozpoczętego w części 1; podpis, legenda symbolu • i nota źródłowa odnoszą się do całej tabeli. Źródło: opracowanie własne.

6.7. Wymiar międzysektorowy

Biała Księga proponuje trzynaście zmian legislacyjnych związanych z przetwarzaniem informacji we współpracy międzysektorowej. Każda propozycja wymaga ustawowego umocowania, projektu rozporządzenia, oceny skutków regulacji (OSR), uzgodnień międzyresortowych oraz analizy zgodności z RODO i architekturą EHDS. Być może najbardziej poprawnym rozwiązaniem jest ujęcie tych zmian w jednej ustawie, ale tego nie rozstrzygamy na tym etapie zgodnie z zasadą minimalizmu legislacyjnego.

Przedstawione niżej kierunki i propozycje zakresu merytorycznego zmian są punktem wyjścia; pełny ich wykaz zestawia Tabela 16, a priorytety i przypisanie do kroków wdrożenia — Tabela 17. Pakiet odpowiada przy tym bezpośrednio na uwagę Prezesa AOTMiT z Rekomendacji nr 68/2026, że propozycja polska — inaczej niż rozwiązania funkcjonujące w części analizowanych przez Agencję państw — nie akcentuje integracji działań z obszaru odpowiedzialności międzysektorowej: poniższe sekcje czynią tę integrację przedmiotem regulacji, a nie postulatu. Pełny wykaz trzynastu propozycji — wraz ze wskazaniem nowelizowanych aktów — zawiera Tabela 16.

Tabela 16. Trzynaście propozycji legislacyjnych wymiaru międzysektorowego.

Nr	Akt prawny	Proponowana zmiana
1	U.o.z.p. (nowelizacja)	Obowiązek zawierania porozumień CZP–OPS–PCPR; delegacja do rozporządzenia MZ i MRPiPS o standardzie wymiany danych (matryca 33 pól).
2	U.o.z.p. (nowy art. 5b)	Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia (Zespół Współpracy Międzysektorowej) przy każdym CZP — organ z osobą z doświadczeniem kryzysu w składzie; kwartalny raport trzech głównych barier.
3	Ustawa o NPP (nowelizacja)	Tryb szczególny dla pacjentów CZP w aktywnej fazie leczenia: dostęp bez kryterium dochodowego, kierowanie przez koordynatora, konsultacja wyjazdowa.
4	U.o.z.p. oraz rozp. MS–MZ	Mechanizm współpracy CZP–kurator: wymiana informacji o kontakcie, kontynuacji i przerwaniu leczenia, bez danych klinicznych.
5	Kodeks cywilny (art. 82) oraz u.o.z.p.	Domniemanie braku świadomości w udokumentowanej fazie maniakalnej (F31); kontrakt Ulissesa w pełnomocnictwie rodzajowym.
6	Prawo oświatowe (nowelizacja)	Obowiązek PPP przekazania informacji przejściowej do CZP przy 18 r.ż. (na wniosek ucznia); standard współpracy szkoły z CZP.
7	Rozporządzenie koszykowe MZ	Świadczenia gwarantowane: psychoedukacja rodziny, terapia rodzinna, konsultacja opiekuna; asystent zdrowienia (1 etat/100 tys.).
8	Ustawa o rynku pracy oraz renta socjalna	Zachowanie renty przez 12 mies. zatrudnienia w programie zatrudnienia wspomaganego; doradca PUP ds. zdrowia psychicznego; asystencja osobista inicjowana przez CZP.
9	Ustawa o zawodzie asystenta zdrowienia (nowa)	Regulacja zawodu asystenta zdrowienia: szkolenie 200–300 h, certyfikacja, superwizja, status w zespole.
10	Ustawa o orzecznictwie (w toku)	Udział psychiatry CZP w orzekaniu z przyczyn psychicznych; jednolite zaświadczenie psychiatryczne.
11	Ustawa o przeciwdz. przemocy domowej (art. 9a ust. 11)	Obowiązek udziału przedstawiciela CZP w grupie diagnostyczno-pomocowej NK, z ochroną tajemnicy lekarskiej.
12	Ustawa o pomocy społecznej (art. 121a)	Asystenci rodziny i koordynatorzy pieczy w katalogu uprawnionych; pytanie o małoletniego w wywiadzie środowiskowym.
13	Ustawa z 13 maja 2016 r. (rozdz. 4D)	Lokalna analiza zdarzenia (śmierć lub ciężki uszczerbek dziecka) jako zadanie gminy, z obowiązkowym udziałem CZP; wzór: przegląd poważnych przypadków (ang. Serious Case Review).

Uwaga. Opracowanie własne.

Ustawowa podstawa współpracy międzysektorowej

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ustanawia wprost obowiązek i ramy współpracy sektorów zdrowia, pomocy społecznej, edukacji i zatrudnienia na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Przepis definiuje strony współpracy, jej cele oraz formę — lokalne porozumienia zawierane na poziomie obszaru odpowiedzialności terytorialnej centrum. Wraz z projektowanymi zmianami tworzy podstawę prawną przetwarzania danych niezbędnych do koordynacji. Bez tej podstawy pozostałe propozycje pakietu, w tym rola koordynacyjna centrum i stały organ roboczy współpracy nie mają umocowania prawnego.

Ustawowe określenie roli koordynacyjnej CZP

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego należy wprowadzić przepis (nowy art. 5g u.o.z.p.), że CZP pełni funkcję koordynacyjną w zakresie wsparcia środowiskowego, edukacyjnego i funkcjonalnego pacjenta dorosłego, gdy jego sytuacja wymaga współpracy więcej niż jednego sektora. Niezbędny jest jednocześnie przepis ograniczający odpowiedzialność CZP. Bez niego koordynacja zostanie zinterpretowana jako rozszerzenie odpowiedzialności klinicznej na całość systemu, co przeciąży CZP i rozmyje odpowiedzialność pomocy społecznej.

„Centrum zdrowia psychicznego, w zakresie określonym w przepisach wykonawczych, koordynuje proces współpracy między jednostkami pomocy społecznej, podmiotami oświaty dla dorosłych, podmiotami aktywizacji zawodowej i społecznej oraz innymi podmiotami publicznymi w odniesieniu do pacjenta, którego sytuacja wymaga współdziałania międzyinstytucjonalnego. Koordynacja nie obejmuje udzielania świadczeń pomocy społecznej, edukacyjnych ani aktywizacji zawodowej, ani zastępowania kompetencji innych organów."

Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia

Nowy art. 5f u.o.z.p. powinien ustanawiać przy każdym centrum zdrowia psychicznego Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia, określać jego cel oraz przesądzać, że jest to organ współpracy równorzędnych instytucji, a nie komórka organizacyjna centrum. Przepis powinien wskazywać katalog instytucji reprezentowanych w składzie, wymieniając osobę z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz asystenta zdrowienia jako pełnych członków, a nie obserwatorów, oraz nakładać na te instytucje obowiązek wskazania przedstawiciela w określonym terminie wraz z przesądzeniem, że udział w pracach Centrum następuje w ramach obowiązków służbowych. Bez tego skład pozostaje postulatem, a delegowany pracownik uczestniczy po godzinach albo wcale. Tryb ustalania składu należy powierzyć porozumieniu o współpracy międzysektorowej, a nie decyzji kierownika centrum, przy czym przedstawiciela osób z doświadczeniem kryzysu powołuje się w trybie zapewniającym rotację. Przepis powinien wreszcie określać kadencję członków oraz minimalną częstotliwość posiedzeń.

Druga grupa spraw dotyczy sposobu działania CIKW i kosztów tego działania. Do uregulowania pozostają: zadania, obejmujące ustalanie zasad współpracy, monitorowanie jej jakości i rozwiązywanie problemów systemowych; zakres danych, z przesądzeniem, że są to dane zagregowane i zanonimizowane, ponieważ CIKW nie należy do katalogu podmiotów uprawnionych do przetwarzania danych osobowych; raport roczny wraz z terminem, w jakim organ prowadzący centrum oraz właściwe jednostki samorządu terytorialnego odnoszą się do zawartych w nim rekomendacji, podmiot zapewniający obsługę organizacyjną oraz dietę za udział w posiedzeniu dla członków niebędących pracownikami instytucji uczestniczących wraz ze wskazaniem płatnika. Artykuł powinna zamykać delegacja do rozporządzenia obejmująca szczegółowy tryb pracy Centrum, sposób wyboru przewodniczącego spośród członków, tryb powoływania i odwoływania członków, dokumentowanie ustaleń, zakres raportu rocznego oraz wysokość diety; delegacja ta musi zawierać wytyczne co do treści aktu wykonawczego, zgodnie z art. 92 ust. 1 Konstytucji, których dotychczasowe brzmienie nie zawiera, choć Księga stosuje ten sam test do art. 5b.

Procedura współpracy CZP z Zespołem interdyscyplinarnym

Ani ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2024 poz. 1673), ani rozporządzenie o procedurze „Niebieskiej Karty" nie zobowiązują CZP do udziału w grupie diagnostyczno-pomocowej, gdy procedurą objęta jest osoba leczona w CZP. To luka wskazana przez raporty Zespołu ds. analizy zdarzeń, w których małoletni poniósł śmierć przy MS.

„W skład grupy diagnostyczno-pomocowej, gdy procedurą «Niebieskie Karty» objęta jest osoba leczona w centrum zdrowia psychicznego lub pozostająca w stałej relacji opiekuńczej z taką osobą, wchodzi przedstawiciel właściwego centrum — w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa małoletniego i ciągłości leczenia, z poszanowaniem tajemnicy lekarskiej i ochrony danych."

Przedstawiciel CZP nie ujawnia diagnozy ani historii leczenia, a jedynie informacje niezbędne dla oceny ryzyka (aktualna faza leczenia, ryzyko nawrotu, ocena zdolności do opieki rodzicielskiej). Zarzut naruszenia tajemnicy lekarskiej nie znajduje uzasadnienia w art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodzie lekarza. Dopuszcza się ujawnienie tych informacji, gdy zachowanie tajemnicy zagraża życiu lub zdrowiu pacjenta lub innych osób — a propozycja dodatkowo precyzuje zakres i tryb.

Podstawa prawna przetwarzania i udostępniania danych

To prawnie najwrażliwszy fragment pakietu legislacyjnego. Bez wyraźnej podstawy ustawowej wymiana danych między CZP, OPS, PPP i innymi podmiotami pozostanie niedookreślona prawnie i ryzykowna dla kierowników poszczególnych podmiotów. Państwa członkowskie UE mogą wprowadzać szczególne przepisy krajowe dla przetwarzania danych zdrowotnych w interesie publicznym. Polska musi tę podstawę stworzyć. Ramą ustawową są rozdziały 1a/1b u.o.z.p., a klauzula operacyjna mogłaby przyjąć takie brzmienie:

„Centrum zdrowia psychicznego, ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych, szkoła i poradnia psychologiczno-pedagogiczna, powiatowy urząd pracy oraz powiatowe centrum pomocy rodzinie, o których mowa w art. 10e–10l, mogą przetwarzać i wzajemnie udostępniać dane osobowe pacjenta CZP oraz członków jego rodziny, w tym dane o zdrowiu, sytuacji rodzinnej, świadczeniach i sytuacji edukacyjnej, wyłącznie w zakresie niezbędnym do rozpoznania potrzeb, opracowania i realizacji planu opieki zintegrowanej oraz zapewnienia ciągłości pomocy, z zachowaniem minimalizacji, ograniczenia celu, poufności i rozliczalności. Każde udostępnienie podlega odnotowaniu; pacjent jest informowany o zakresie i celu, chyba że odrębne przepisy dopuszczają działanie bez uprzedniego poinformowania ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia."

W przypadku wątpliwości zgłaszanych przez UODO można dodatkowo zabezpieczyć kontrolę pacjenta nad swoimi danymi medycznym. W Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) pacjent może udzielać celowej, odwołalnej, warstwowej zgody na wgląd w konkretny wycinek swoich danych medycznych przez wskazany podmiot. W wariancie minimum (brak zgody lub kryzys) instytucje współpracują na danych zagregowanych i zanonimizowanych planując profilaktykę i alokację zasobów bez wglądu w elektroniczną dokumentację medyczną pacjenta.

Plan Terapii i Zdrowienia jako świadczenie międzysektorowe

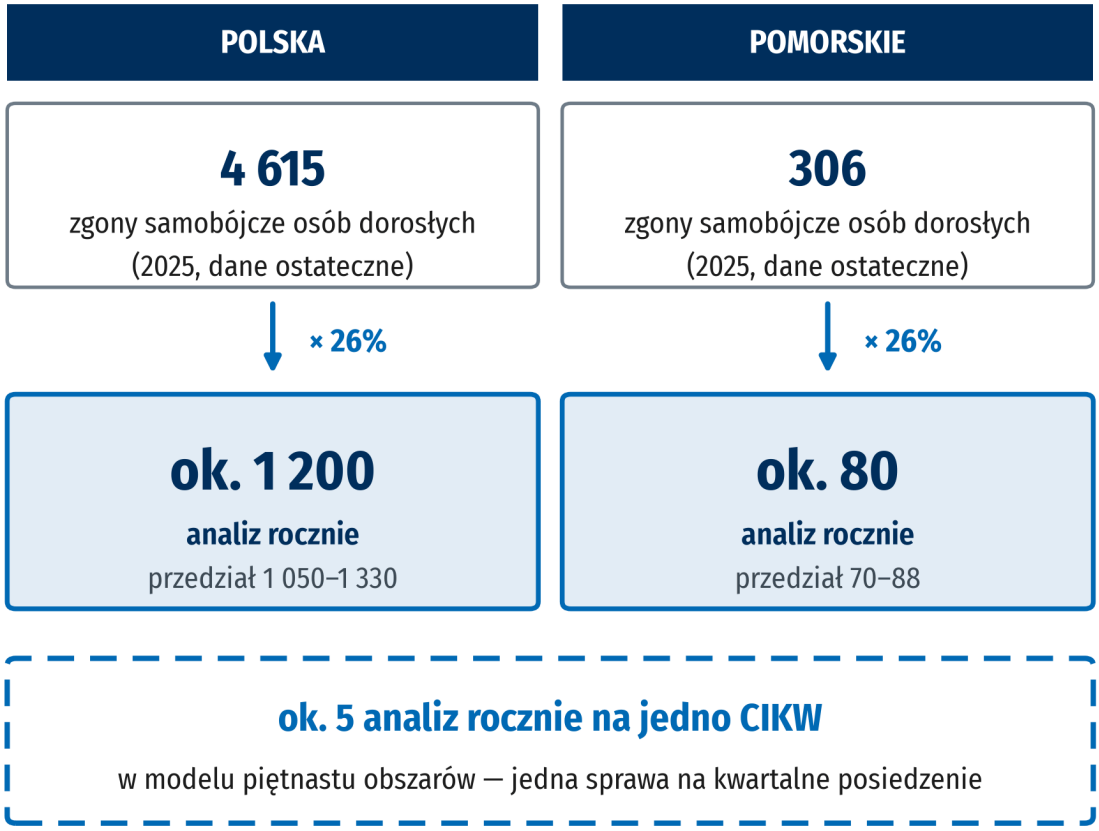
W rozporządzeniu o standardzie opieki w CZP należy formalnie rozszerzyć PTiZ o pola międzysektorowe. Docelowo rozszerzony PTiZ powinien integrować rozproszone dokumenty, np. kontrakt socjalny w OPS, indywidualny plan działania w PUP w obszarze pacjentów wymagających współpracy międzysektorowej. Nie tworzy nowego, czwartego dokumentu obok nich. Jest to praktyczna realizacja zasady „*One-in, Two-out*": jeden dokument w miejsce trzech. Dla pacjentów niewymagających współpracy zachowuje się podstawową, jednosektorową wersję PTiZ.

Lokalna analiza zdarzenia

W Wielkiej Brytanii od 1996 r. działa *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health*. Każda śmierć samobójcza osoby pozostającej pod opieką psychiatryczną podlega zgłoszeniu i ustrukturyzowanej analizie, a od 2024 r. obowiązuje dodatkowo notyfikacja w czasie rzeczywistym. Zasadą całego mechanizmu jest „rozumienie, nie obwinianie". Analiza pozostaje poza systemem odpowiedzialności dyscyplinarnej. Odpowiednikiem kontynentalnym jest szwedzka Lex Maria nakładająca obowiązek zgłoszenia poważnego zdarzenia niepożądanego, w tym samobójstwa pacjenta, do Inspektoratu Zdrowia i Opieki Społecznej (IVO). Trzynastoletnie badanie kohortowe tego systemu (Fröding i in., 2021) wykazało jednak, że analizy koncentrują się niemal wyłącznie na ostatnim kontakcie klinicznym, a wymiana wniosków między jednostkami zdarza się rzadko (4–7% przypadków). To bezpośrednia wskazówka co do zakresu polskiego rozwiązania.

VI.2 Skala analiz śmierci samobójczej pacjenta

Szacunek liczby przeglądów rocznie — kraj, województwo i pojedyncze centrum



Adnotacja. Wartości oznaczają szacowaną roczną liczbę przeglądów międzysektorowych przy założeniu pełnej sieci centrów. Punktem wyjścia są zgony samobójcze osób dorosłych, przeliczone udziałem osób pozostających w kontakcie z opieką psychiatryczną w ciągu dwunastu miesięcy przed śmiercią. Zakres danych: zamachy samobójcze zakończone zgonem według grup wieku, publikowane przez Komendę Główną Policji w podziale na komendy wojewódzkie, co dla województwa pomorskiego odpowiada obszarowi KWP w Gdańsku. Udział pacjentów przyjęto za *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* (NCISH, 2026) oraz metaanalizą Walby i in. (2018), ponieważ w Polsce nie prowadzi się badania łączącego zgony samobójcze z danymi o kontakcie z opieką psychiatryczną. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji za 2025 r. (dane ostateczne), publikowanych także w Banku Danych Lokalnych GUS.

Proponuje się obowiązek analizy każdej śmierci samobójczej pacjenta CZP na zasadzie przeglądu międzysektorowego, przeprowadzanego w ciągu sześciu miesięcy od zdarzenia. Skład zespołu przeglądowego zależy od okoliczności. Obok centrum uczestniczą te podmioty, które w okresie poprzedzającym zdarzenie prowadziły sprawę pacjenta. Są to ośrodek pomocy społecznej, poradnia psychologiczno-pedagogiczna lub szkoła, powiatowy urząd pracy, kurator sądowy. Przedmiotem analizy jest przebieg współpracy między instytucjami, a nie ocena zasadności pojedynczych decyzji klinicznych. Wnioski szwedzkie pokazują, że bez wyraźnego przesądzenia tej kwestii w przepisie analiza samoistnie zawęża się do ostatniej wizyty.

Analiza ma charakter wyłącznie systemowy, a nie dyscyplinarny. Protokół ustaleń na poziomie lokalnym służy poprawie organizacji usług i podnoszeniu ich jakości. Zawarte w nim rekomendacje mają prowadzić do zmiany wewnętrznych regulacji uczestniczących instytucji albo procedur współpracy międzysektorowej lub do zgłoszenia propozycji zmian w obowiązujących przepisach w konsultacjach publicznych projektów aktów prawnych. Protokół nie stanowi podstawy odpowiedzialności zawodowej ani materiału dowodowego w innym postępowaniu. Bez tego zastrzeżenia mechanizm nie zadziała, ponieważ uczestnicy będą chronić własną instytucję, zamiast opisywać rzeczywisty przebieg współpracy. Podstawa ustawowa tego obowiązku pozostaje na tym etapie otwarta (zob. Tabela 16, wiersz 13) i wymaga doprecyzowania w toku prac legislacyjnych.

Niezbędne byłoby odpowiednie zmodyfikowanie instytucji zdarzenia niepożądanego. Samobójstwa mogą dotyczyć pacjentów hospitalizowanych, leczonych ambulatoryjnie i w opiece środowiskowej. Także pacjentów pozostających od dłuższego czasu poza systematycznym wsparciem jak i osób z nierozpoznanym wcześniej problemem zdrowia psychicznego, które samodzielnie lub za pośrednictwem osób trzecich szukały wsparcia ze strony innych instytucji publicznych.

Standard współpracy — delegacja do rozporządzenia

Standard współpracy międzysektorowej należy określić w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, wydanym w porozumieniu z ministrami właściwymi do spraw zabezpieczenia społecznego, rodziny oraz oświaty i wychowania. Ma on być minimalny i wspólny dla wszystkich sektorów. Nie zastępuje procedur wewnętrznych poszczególnych instytucji, lecz wyznacza próg, poniżej którego żadna z nich nie może zejść. Bez tego progu każda instytucja odtworzy własny tryb postępowania i współpraca ponownie rozpadnie się na cztery odrębne ścieżki. Rozporządzenie — i symetryczne zapisy, jeżeli to potrzebne w innych aktach sektorowych — powinno określać siedem elementów:

1. tryb zgłoszenia sprawy przez instytucję, która dostrzegła potrzebę współdziałania;
2. maksymalny termin pierwszej odpowiedzi: proponuje się 30 dni w sprawach niepilnych oraz 72 godziny w sprawach pilnych;
3. minimalny zakres informacji przekazywanych wraz ze zgłoszeniem;
4. sposób zaproszenia pozostałych instytucji do konsylium;
5. zasady udziału pacjenta w ustaleniach, które go dotyczą;
6. sposób dokumentowania ustaleń;
7. tryb zakończenia współpracy, gdy cel został osiągnięty albo sprawa wygasła.

Standard musi przy tym zmniejszać, a nie zwiększać obciążenie dokumentacyjne. Każdy nowy obowiązek wprowadzony rozporządzeniem powinien znosić co najmniej dwa dotychczasowe. To ta sama zasada, którą zastosowano do Planu Terapii i Zdrowienia we współpracy międzysektorowej: jeden dokument w miejsce trzech.

Realizacja postulowanego mechanizmu będzie ułatwiona pod warunkiem powołania do działania Centrów Integracji, Koordynacji Wsparcia po stronie JST. Jednocześnie,

Przejście z psychiatrii dzieci i młodzieży oraz oświaty do CZP

Mechanizm jest celowo asymetryczny, ponieważ chroni autonomię młodej osoby. Po ukończeniu 18. roku życia to ona, a nie rodzic ani instytucja, rozstrzyga o przekazaniu informacji na swój temat. Asymetria obejmuje jednak dwie różne sytuacje i w każdej z nich działa inaczej. W pierwszej młoda osoba jest już pacjentem systemu ochrony zdrowia i chodzi o ciągłość leczenia, które się toczy. W drugiej korzystała ze wsparcia w systemie oświaty i chodzi o to, by mogła — jeśli zechce — wejść do opieki zdrowotnej bez zaczynania od zera.

Przejście z psychiatrii dzieci i młodzieży wymaga planowania, a nie samego przekazania dokumentów. Osoby kończącej 18 lat pod opieką ośrodka referencyjnego nie trzeba do systemu wprowadzać. Należy zapewnić jej niezakłóconą kontynuację leczenia. Przejście powinno być uzgodnione z wyprzedzeniem, a nie uruchamiane w dniu osiemnastych urodzin. Ośrodek prowadzący terapię ustala je z właściwym centrum zdrowia psychicznego na co najmniej sześć miesięcy wcześniej, wspólnie z młodą osobą oraz, za jej zgodą, z rodziną. Przez okres wskazany w planie obie placówki prowadzą współpracę w celu bezpiecznego przejścia, tak aby zmiana zespołu terapeutycznego nie zbiegła się w czasie z przerwaniem terapii. Sam moment przejścia należy dostosować do etapu leczenia, a nie wyłącznie do daty urodzenia.

W przypadku pacjenta ośrodka opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, który kończy 18. rok życia i wymaga kontynuacji leczenia, ośrodek uzgadnia z właściwym centrum zdrowia psychicznego plan przejścia, nie później niż na sześć miesięcy przed osiągnięciem przez pacjenta pełnoletności. Plan określa termin przejęcia opieki, okres opieki równoległej oraz zakres przekazywanej dokumentacji medycznej. Przekazanie dokumentacji następuje za zgodą pacjenta wyrażoną po osiągnięciu pełnoletności; do czasu jej wyrażenia opiekę kontynuuje ośrodek dotychczasowy. Zakres przekazywanych informacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Po stronie oświaty mechanizm pozostaje bierny. Pełnoletni uczeń, który korzystał z pomocy psychologiczno-pedagogicznej, sam decyduje, czy informacja o tym trafi do centrum. Nie przekazuje się przy tym dokumentacji medycznej, ponieważ poradnia jej nie prowadzi. Uczeń, który ukończył 17 lat, może zainicjować kontakt wcześniej, z udziałem rodzica, jednak bez jakiegokolwiek przymusu. Wcześniejsze zainicjowanie kontaktu jest uprawnieniem, a nie warunkiem uzyskania pomocy po osiemnastych urodzinach.

W przypadku ucznia, który ukończył 18. rok życia i korzystał z pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub wsparcia poradni z powodu zaburzenia psychicznego, poradnia, na wniosek pełnoletniego ucznia, przekazuje właściwemu centrum zdrowia psychicznego informację niezbędną do zapewnienia ciągłości wsparcia. Zakres informacji określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia.

Finansowanie zadań koordynacyjnych

Źródeł, z których można sfinansować koordynację jest kilka i leżą one w różnych sektorach. W aktualnym stanie prawnym żadne nie może być podstawą finansowania CIKW. Zestawia je Rysunek VI.3. Po stronie ochrony zdrowia jedynym świadczeniem, które w ryczałcie wiąże się z koordynacją międzysektorową jest sesja koordynacji z rozporządzenia koszykowego w opiece nad dziećmi i młodzieżą, a dla dorosłych odpowiednika nie ma. Po stronie gminnej istnieje cel zastrzeżony wprost na lokalną politykę ustanowiony dla części gminnej opłaty od napojów w opakowaniach do 300 ml, nie towarzyszy mu jednak żaden obowiązek wydatkowania środków na koordynację. Fundusz korkowy, mimo podobieństwa konstrukcji, tej roli pełnić nie może, ponieważ katalog jego celów jest zamknięty i obejmuje wyłącznie problemy alkoholowe oraz narkomanię.

Nałożenie na OPS/CUS/PCPR stałych obowiązków udziału w CIKW, konsyliach, realizacji części PTiZ, raportowaniu, wymianie danych lub szkoleniach wymaga uprzedniego określenia źródła finansowania oraz oszacowania skutków kadrowych dla jednostek pomocy społecznej. Finansowanie powinno obejmować co najmniej czas pracy, obsługę organizacyjną, dostosowanie systemów informatycznych i ochronę danych oraz szkolenia i superwizję. Nowe obowiązki nie powinny być wprowadzane jako zadania nieposiadające adekwatnego finansowania.

VI.3 Strumienie finansowania zadań koordynacyjnych

Co wolno sfinansować z którego źródła w stanie docelowym, po zakończeniu pilotażu

Strumień	Podstawa prawna	Dysponent	Czy finansuje koordynację CZP
Sesja koordynacji	rozp. koszykowe psychiatryczne § 2 pkt 14a	NFZ	**tak — jedyne świadczenie koordynacyjne w koszyku; bez odrębnej wyceny (0 pkt), opłacane w ryczałcie, tylko dzieci i młodzież**
Opłata od napojów do 300 ml — część gminna	u.w.t. art. 9^3 ust. 4 (50%)	gmina	**tak — cel zastrzeżony wprost na lokalną politykę międzysektorową**
Opłata od napojów do 300 ml — część NFZ	u.w.t. art. 9^3 ust. 5 (50%)	NFZ	**tak — opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**
Fundusz korkowy	u.w.t. art. 11^1 i art. 18^2	gmina	**nie — katalog zamknięty, wyłącznie problemy alkoholowe i narkomania**
Centrum usług społecznych	ustawa o CUS art. 13 ust. 1 pkt 8	gmina	**mandat koordynacyjny bez strumienia — zadanie fakultatywne gminy**
Oświata — standard etatowy	Karta Nauczyciela art. 42d; u.d.j.s.t. art. 26	JST	**nie — parametr naliczenia potrzeb oświatowych, bez wyodrębnienia**

Centrum Usług Społecznych i Oświata mają natomiast ustawowe mandaty koordynacyjne bez przypisanego strumienia. W oświacie standard zatrudniania specjalistów jest wyłącznie parametrem naliczenia potrzeb oświatowych, a prowadzenie centrum usług społecznych pozostaje fakultatywnym zadaniem własnym gminy. Nie istnieje źródło, które "kupowałoby" koordynację dla dorosłego pacjenta CZP. Komponent międzysektorowy trzeba zatem utworzyć, a nie jedynie wskazać. Najprostszą drogą nie jest projektowanie go od zera, lecz rozszerzenie na dorosłych konstrukcji, która działa już w aktualnych rozporządzeniach.

Cyfryzacja, interoperacyjność i EHDS

Plan terapii i zdrowienia będzie dokumentem wspólnym dla kilku instytucji, więc ich systemy informatyczne muszą umieć go sobie przekazywać. Punktem odniesienia jest

europejska przestrzeń danych o zdrowiu — EHDS (rozporządzenie UE 2025/327). Wprowadza ona obowiązkową wymianę danych między państwami. To jednak data graniczna, a nie moment startu. Rozwiązania trzeba projektować tak, żeby wymiana działała już dziś, na systemach, które są w użyciu. Tym bardziej, że zdrowie psychiczne ma charakter międzysektorowy i różne instytucje publiczne — nie tylko z ochrony zdrowia — ponoszą koszty i rejestrują swoje działania.

W praktyce oznacza to cztery wymagania. System CZP musi rozmawiać z tym, co już działa w pozostałych sektorach. Rozwiązania powinny wprowadzać techniczną interoperacyjność P1 po stronie zdrowia, POMOST/CAS po stronie pomocy społecznej i SIO po stronie oświaty. Dostęp musi zależeć od roli. Pracownik socjalny widzi to, czego potrzebuje do swojej części planu, a nie całą dokumentację medyczną. Każde udostępnienie danych musi zostawiać ślad: kto, kiedy i w jakim celu je oglądał. I wreszcie system musi umieć wygenerować dane zbiorcze do ewaluacji, bez ujawniania informacji o pojedynczych pacjentach i możliwość kontroli przepływu danych przez pacjenta/beneficjenta pomocy.

Nad tym stoi jedna prosta zasada projektowa, nazwana tu „*no-click*". Jeżeli przekazanie informacji między instytucjami wymaga, żeby ktoś ręcznie przepisał albo przekleił dane z jednego systemu do drugiego, to znaczy, że rozwiązanie zaprojektowano źle. Systemy "e-Zdrowie, e-Pomoc Społeczna i e-Oświata" mają wymieniać dane w tle, bez dodatkowej pracy personelu, który ma zajmować się pacjentem, a nie obsługą kilku niepołączonych aplikacji.

Ewaluacja jako obowiązek systemowy

Ewaluacja musi być stałym elementem systemu, a nie projektem dodatkowym. CZP prowadzi zagregowaną informację o: liczbie pacjentów w PTiZ, czasie od identyfikacji potrzeby do pierwszego działania wielosektorowego, liczbie konsyliów, pacjentach z aktywnym wsparciem pomocy społecznej i w aktywizacji zawodowej, hospitalizacjach unikniętych oraz głównych trudnościach. Ośrodkiem monitorującym powinno być Biuro ds. pilotażu NPOZP przy IPiN (okres przejściowy do końca 2026 r.), a następnie sformalizowany ośrodek monitorujący transformację (art. 4b u.o.z.p.). Ewaluacja ma odpowiadać na pytanie, czy pacjent i jego rodzina szybciej otrzymują adekwatne wsparcie — nie być kolejnym rejestrem dla rejestru.

Tabela 17. Propozycje wymiaru międzysektorowego: priorytet i krok wdrożenia.

Propozycja	Priorytet	Krok
Ustawowa podstawa współpracy międzysektorowej	Wysoki	1
Ustawowe określenie roli koordynacyjnej CZP	Wysoki	1
Centrum Integracji i Koordynacji Wsparcia	Wysoki	1–2
Procedura współpracy CZP z zespołem interdyscyplinarnym	Wysoki	1–2
Podstawa prawna przetwarzania i udostępniania danych	Wysoki	4
Plan Terapii i Zdrowienia jako świadczenie międzysektorowe	Średni	3
Lokalna analiza zdarzenia	Wysoki	1
Standard współpracy — delegacja do rozporządzenia	Średni	2
Przejście 18+ — interfejs z psychiatrią dzieci i młodzieży oraz oświatą	Średni	2
Finansowanie zadań koordynacyjnych	Wysoki	5
Cyfryzacja, interoperacyjność i EHDS	Średni	6
Ewaluacja jako obowiązek systemowy	Niski	6

Uwaga. Opracowanie własne. Priorytet „Wysoki" — zmiany, bez których wymiar międzysektorowy nie ruszy w 2026 r. Kroki odsyłają do Rysunku III.4.

Prawdopodobnie rozdział VI nie wyczerpuje listy potrzebnych zmian. Obejmuje jednak najpilniejsze — bez nich pozostałe propozycje wymiaru międzysektorowego pozostaną postulatem. Wymiar międzysektorowy jest warunkiem koniecznym reformy klinicznej, a zarazem warunkiem jej opłacalności. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na same zaburzenia depresyjne i lękowe traci się rocznie dwanaście miliardów dni pracy o wartości blisko biliona dolarów, podczas gdy rozszerzenie dostępu do leczenia tych zaburzeń daje relację korzyści do kosztów jak pięć do jednego (WHO, 2022). Rzecz w tym, że korzyści powstają w sektorach innych niż ochrona zdrowia — na rynku pracy, w pomocy społecznej i w zabezpieczeniu społecznym — a wydatek obciąża budżet zdrowotny. Przy planowaniu w granicach jednego resortu opłacalna inwestycja wygląda więc jak koszt bez pokrycia. To jest właściwy powód, dla którego WHO wiąże skuteczność opieki środowiskowej z formalnymi mechanizmami współpracy międzysektorowej (WHO, 2021b), a nie wyłącznie z jakością samego leczenia. Bez integracji z pomocą społeczną, edukacją dorosłych, aktywizacją, orzecznictwem i ochroną małoletnich CZP będzie leczyć epizody, zamiast —

wspólnie z całym aparatem publicznym — zapewniać warunki, w których osoby z doświadczeniem kryzysu zachowują pełnię praw obywatelskich, a ich rodziny, w tym dzieci, bezpieczeństwo.

6.8. Punkty decyzyjne i dalsze kroki

Cztery obszary wymagają rozstrzygnięcia politycznego, ponieważ ten rozdział sygnalizuje je jako punkty decyzyjne.

Po pierwsze — forma prawna map odpowiedzialności terytorialnej. Raport końcowy prac zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego rekomendował ich publikacje w formule obwieszczenia. Niniejsze opracowanie rekomenduje formułę rozporządzenia, ponieważ tylko akt normatywny wywołuje skutek kontraktowy w powiązaniu z art. 139 ust. 3a ustawy o świadczeniach.

Po drugie — liczba składowych budżetu populacyjnego. Rozdziały finansowy i legislacyjny operują jednolicie strukturą czteroelementową. Stawka bazowa oraz część zależna od wykonania w podziale na aktywność, rezerwę hospitalizacyjną i jakość. Raport końcowy prac zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego wyróżnia natomiast trzy składowe — bazową, funkcyjną i jakościową. Prezes AOTMiT, współautor konstrukcji trójskładnikowej, w Rekomendacji nr 68/2026 z 22 maja 2026 r. wskazuje na braki danych uniemożliwiające obecnie jej wyliczenie. Odnosi się to do stanu danych, a nie do wadliwości samej konstrukcji, a postępowanie taryfikacyjne jest warunkiem ich uzupełnienia, a nie czynnością wtórną. Biała Księga nie jest z nią tożsama — nie zawiera komponentu funkcyjnego jako odrębnego strumienia, a zróżnicowanie potrzeb zdrowotnych adresuje korektą ryzyka w stawce bazowej. Rozbieżność z Raportem Zespołu należy rozstrzygnąć przed skierowaniem pakietu do prac legislacyjnych.

Po trzecie — status CZP jako administratora danych. Przyjęta definicja CZP jako zakładu leczniczego (art. 2 ustawy o świadczeniach) wymaga potwierdzenia jako wystarczająca podstawa wskazania administratora (lub współ-administratora) danych w koordynacji międzysektorowej z rozdziałów 1a/1b u.o.z.p. Rozstrzygnięcie musi być jednolite w całym sektorze usług publicznych.

Po czwarte — dekompozycja kosztów wdrożenia. Analiza wpływu na budżet w Rekomendacji nr 68/2026 szacuje przyrost wydatków płatnika na około 3 mld zł w ciągu pierwszych trzech lat. Rozdział V rozkłada koszt pełnego wdrożenia na świadczenia już finansowane i środki nowe. Domknięcia wymaga natomiast wspólna definicja offsetu, tempa rozwoju sieci i struktury kosztów świadczenia wraz z wyceną świadczeń II i III poziomu referencyjnego.

Załącznik.

Pomorski Model wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego wchodzących na rynek pracy — projekt rozwiązania „Jeden Krok”

Problemy zdrowia psychicznego występujące u młodych osób mają zróżnicowany charakter, przebieg oraz wpływ na codzienne funkcjonowanie (1). Ich przyczyny są różnorodne i często złożone – część zaburzeń uwarunkowana jest biologicznie i genetycznie, inne związane są z oddziaływaniem czynników środowiskowych, społecznych, rozwojowych lub wynikające z przeżyć traumatycznych. Poszczególne zaburzenia różnią się zarówno zakresem objawów, jak i stopniem nasilenia oraz wpływem na funkcjonowanie społeczne, edukacyjne i zawodowe.

Do najczęściej występujących problemów zdrowia psychicznego wśród młodych osób należą zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, schizofrenia oraz zaburzenia ze spektrum autyzmu. W warunkach poprawiającej się dostępności oraz wciąż ustalanych korelacji i przyczyn, częstość odnotowywanych kryzysów wzrasta w ostatnim czasie (2, 3). Wiele z tych schorzeń ma charakter przewlekły, a część przebiega z okresami nawrotów i zaostrzeń objawów. Sytuacja młodych osób w Polsce nie odbiega zasadniczo od danych z innych krajów rozwiniętych (4, 5, 6). Oznacza to, że mimo skutecznego leczenia i poprawy stanu zdrowia osoby doświadczające kryzysów psychicznych często wymagają długofalowego wsparcia umożliwiającego pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym. Jednocześnie zapewnienie partycypacji jest jednocześnie wsparciem dla samego stanu zdrowia.

Szczególną grupą są młodzi dorośli w wieku 18–30 lat, którzy wchodzą na rynek pracy już z rozpoznanymi problemami zdrowia psychicznego (7, 8). Dotyczy to między innymi osób chorujących na schizofrenię, której pierwsze objawy najczęściej pojawiają się w późnym okresie dojrzewania lub przed 25. rokiem życia, a także osób ze spektrum autyzmu, które pomimo posiadanych kompetencji i potencjału napotykają liczne bariery w edukacji, zatrudnieniu i budowaniu relacji społecznych.

Współczesna psychiatria oraz rozwijane formy psychiatrii środowiskowej pozwalają skutecznie ograniczać objawy chorób psychicznych, zapobiegać nawrotom oraz poprawiać jakość życia pacjentów (9, 10). Samo leczenie nie jest jednak wystarczające do osiągnięcia pełnej samodzielności. Decydujące znaczenie ma zapewnienie ciągłości wsparcia po zakończeniu lub ustabilizowaniu procesu leczenia, obejmującego obszar społeczny, edukacyjny i zawodowy (11, 12). To właśnie na tym etapie najczęściej ujawniają się bariery utrudniające młodym osobom powrót do aktywności społecznej, podjęcie zatrudnienia oraz budowanie niezależnego życia.

Proponowany Pomorski Model wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego jest odpowiedzią na potrzebę stworzenia zintegrowanego systemu współpracy pomiędzy sektorem zdrowia, pomocy społecznej, edukacji i rynku pracy, którego celem będzie

wspieranie młodych mieszkańców województwa pomorskiego w procesie przechodzenia od leczenia do aktywnego i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Cel projektu

Celem projektu jest wsparcie młodych osób z problemami zdrowia psychicznego w partycypacji społecznej, zwłaszcza na rynku pracy.

Projekt ma na celu stworzenie regionalnego modelu przejścia od leczenia psychiatrycznego do aktywności społecznej i zawodowej młodych mieszkańców województwa pomorskiego, dzięki skoordynowanemu systemowi wsparcia.

Model zakłada integrację usług publicznych w zakresie:

- ochrony zdrowia psychicznego,
- edukacji,
- aktywizacji zawodowej,
- pomocy społecznej,
- wsparcia środowiskowego,
- współpracy z pracodawcami.

Model zakłada wykorzystanie i lepszą integrację istniejących form wsparcia funkcjonujących w obszarze zdrowia, edukacji, pomocy społecznej i rynku pracy.

Kontekst problemu

Kryzys zdrowia psychicznego młodych ludzi to jedno z największych wyzwań społecznych i zdrowotnych współczesnej Europy.[2]

Problemy psychiczne są szczególnie powszechne wśród osób bezrobotnych (13). Międzynarodowe badania wskazują, że około 40% bezrobotnych doświadcza trudności w zakresie zdrowia psychicznego, pogorszenia dobrostanu psychicznego, co jest poziomem ponad dwukrotnie wyższym niż wśród osób pracujących (14).

Jednocześnie osoby po kryzysach psychicznych bardzo często napotykają trudności w:

- powrocie do edukacji,
- wejściu na rynek pracy,
- utrzymaniu zatrudnienia,
- odbudowie relacji społecznych,
- odzyskaniu samodzielności.

Zależność pomiędzy zdrowiem psychicznym a aktywnością zawodową ma charakter dwukierunkowy:

- utrata pracy pogarsza dobrostan psychiczny,

[2] Źródło: Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku, „Materiał diagnostyczno-koncepcyjny na potrzeby przygotowania projektu krajowej strategii młodzieżowej", czerwiec 2026. W materiale wskazano m.in. na potrzebę zintegrowanego wsparcia młodych osób w procesie przechodzenia do samodzielności zawodowej oraz łączenia działań z zakresu rynku pracy, zdrowia psychicznego i rozwoju kompetencji.

- kryzys psychiczny utrudnia wejście lub powrót na rynek pracy.

W przypadku poważnych zaburzeń psychicznych poziom bezrobocia może sięgać nawet 90% (15). Reasumując, występowanie problemów zdrowia psychicznego jest przyczyną zwiększonego bezrobocia w subpopulacji dotkniętych nią osób a jednocześnie bezrobocie jest czynnikiem pogarszającym stan równowagi psychicznej zarówno u osób wcześniej zdiagnozowanych jak i nie wykazujących objawów w tym zakresie.

Sytuacja w województwie pomorskim

Przedstawiona koncepcja realizuje w praktyce postulaty zawarte w dokumentach strategicznych Samorządu Województwa Pomorskiego. W szczególności Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej wskazuje na:

- wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi,
- konieczność rozwoju usług środowiskowych,
- potrzebę deinstytucjonalizacji wsparcia,
- konieczność integracji zdrowia, polityki społecznej i aktywizacji zawodowej.

Dane za 2024 rok wskazują na dalszy wzrost liczby dzieci, młodzieży i młodych dorosłych objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień w województwie pomorskim. Analiza zmian w latach 2018–2024 pokazuje utrzymującą się tendencję wzrostową zarówno w grupie dzieci i młodzieży, jak i młodych dorosłych. [3]

W grupie wiekowej 12–17 lat:

- liczba pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień wyniosła 13,4 tys.,
- liczba pacjentów wzrosła względem 2018 roku o 134,25%,
- udzielono 122,01 tys. porad,
- odnotowano 1,44 tys. hospitalizacji.

W grupie wiekowej 18–29 lat:

- liczba pacjentów wyniosła 16,93 tys.,
- wzrost względem 2018 roku wyniósł 31,29%,
- odnotowano 3,05 tys. hospitalizacji.

Najczęściej występującymi problemami były:

- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia nastroju,
- zaburzenia psychiczne nieokreślone inaczej.

W województwie pomorskim, podobnie jak w całym kraju, obserwujemy brak systemu wsparcia dla młodych osób (18–29 lat) z problemami z obszaru zdrowia psychicznego, które

[3] Źródło: Analiza opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (BASiW MZ) (dostęp z dnia 20.05.2026)

mają trudności z wejściem na rynek pracy i utrzymaniem zatrudnienia. Badania regionalne wskazują, że ok. 20% młodych ludzi doświadcza zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia czy spektrum autyzmu. Jednocześnie rośnie liczba młodzieży z problemami psychicznymi, co potwierdzają ogólnopolskie dane (13–16% populacji 7–17 lat).

Na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych oraz szacunków odnoszących się do populacji młodych mieszkańców województwa pomorskiego można przyjąć, że potencjalną grupę odbiorców modelu „Jeden Krok" liczy około 7–10 tys. osób. Przy uwzględnieniu wpływu na najbliższe otoczenie problem dotyka około 25–30 tys. mieszkańców Pomorza, przy czym, ze względu na obserwowany kryzys zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży, jego realny wymiar może okazać się jeszcze większy. Szacunek ten ma charakter orientacyjny i nie wynika z przeprowadzonych badań własnych, lecz z analizy dostępnych danych dotyczących rozpowszechnienia problemów zdrowia psychicznego wśród młodych osób oraz ich wpływu na aktywność edukacyjną i zawodową. Jednocześnie projektowany model służyć będzie podniesieniu jakości wsparcia w zakresie trwałej aktywizacji zawodowej dla całej populacji.

Doświadczenia uzyskane w krajach rozwiniętych wskazują na efektywność interwencji społecznych adresowanych do młodych ludzi dotkniętych problemami zdrowia psychicznego (16-20). W ramach Pomorskiego Modelu podjęte mają być inicjatywy przełamujące bariery instytucjonalne z jednej strony ograniczające partycypację młodych ludzi, a z drugiej – pozbawiające cały region wartości ich zaangażowania zawodowego i pozazawodowego.

Największym wyzwaniem jest brak spójnego systemu komunikacji i przepływu informacji między instytucjami, które pracują z młodymi ludźmi – szpitalami psychiatrycznymi, poradniami, szkołami, uczelniami, urzędami pracy, ośrodkami pomocy społecznej i organizacjami pozarządowymi. Każda z tych instytucji działa osobno, co powoduje, że młodzi ludzie „gubią się" w systemie, nie wiedzą, gdzie szukać pomocy, a instytucje nie przekazują sobie informacji o ich potrzebach, postępach czy trudnościach. Brakuje także wspólnej strategii komunikacji skierowanej do młodych – instytucje nie wykorzystują mediów społecznościowych, z których korzystają młodzi. Skuteczność leczenia psychiatrycznego wymaga uzupełnienia o zintegrowany model wsparcia społecznego i zawodowego, umożliwiający młodym osobom pełny powrót do samodzielności.

Główny problem systemowy

Obecny system ochrony zdrowia koncentruje się głównie na leczeniu kryzysu psychicznego, jednak w niewystarczającym stopniu wspiera młodych ludzi w powrocie do edukacji, wejściu na rynek pracy i samodzielności. Po zakończeniu leczenia odpowiedzialność za dalsze funkcjonowanie młodego człowieka często spoczywa przede wszystkim na rodzinie. Przy ograniczonych możliwościach rodzin oraz braku skoordynowanego systemu przejścia do samodzielności wiele osób nie podejmuje aktywności edukacyjnej lub zawodowej.

W konsekwencji część z nich pozostaje zależna od wsparcia bliskich lub systemu świadczeń społecznych, mimo że przy odpowiednim wsparciu mogłaby stopniowo powracać do aktywności społecznej i zawodowej.

Urząd Marszałkowski jako właściciel szpitali pomorskich, w tym psychiatrycznych, oraz Centrum Zdrowia Psychicznego, może już dziś stać się głównym inicjatorem zadań związanych ze wsparciem osób młodych z problemami psychicznymi wchodzących na rynek pracy (18–30 lat). Sytuacja osób młodych z problemami zdrowia psychicznego staje się jedną z najpilniejszych spraw naszych czasów. Rosnąca skala problemu znajduje odzwierciedlenie w intensyfikacji działań publicznych i społecznych, obejmujących kampanie wsparcia młodych w kryzysie, konkursy i programy europejskie skierowane do osób młodych z problemami zdrowia psychicznego.

W związku z rosnącą skalą problemu Województwo Pomorskie podejmuje działania mające na celu wypracowanie nowoczesnego, międzysektorowego modelu wsparcia młodych osób z problemami zdrowia psychicznego wchodzących na rynek pracy.

Inspiracje, dobre praktyki i dotychczasowe doświadczenia

Przed przystąpieniem do opracowania regionalnego modelu wsparcia przeanalizowano szereg krajowych i międzynarodowych rozwiązań dotyczących reintegracji społecznej i zawodowej osób po kryzysach psychicznych oraz osób neuroróżnorodnych. Analizie poddano zarówno funkcjonujące modele organizacyjne, jak i doświadczenia instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz podmiotów leczniczych. Szczególną uwagę poświęcono rozwiązaniom zapewniającym ciągłość wsparcia pomiędzy zakończeniem leczenia a wejściem na rynek pracy, do systemu edukacji lub samodzielnego życia. Wnioski z przeprowadzonych analiz były podstawą opracowania założeń modelu „Jeden Krok". Podczas konferencji Horyzont Europa przedstawiono model funkcjonujący przy Wojewódzkim Szpitalu Zdrowia Psychicznego w Świeciu.

Model zakłada:

- mieszkania przejściowe,
- wsparcie środowiskowe,
- aktywizację zawodową,
- wsparcie edukacyjne,
- reintegrację społeczną po zakończeniu leczenia psychiatrycznego.

Rekomendowane elementy do adaptacji:

- koordynator procesu zdrowienia,
- wsparcie środowiskowe po wypisie,
- ścisła współpraca z pracodawcami,
- aktywizacja edukacyjna i zawodowa.

Rekomenduje się przeprowadzenie wizyty studyjnej oraz analizę możliwości adaptacji modelu do warunków województwa pomorskiego.

Przykładem jest również krakowski model „Ekspres Praca", zlokalizowany na dworcu głównym, który oferuje młodym ludziom doradztwo zawodowe i personalne w formule łatwo dostępnego punktu wsparcia. Inicjatywa ta została uruchomiona w projekcie finansowanym ze środków krajowych, a po jego zakończeniu jest kontynuowana dzięki finansowaniu regionalnemu, co potwierdza trwałość i skuteczność takiej formuły działania.

Dotychczasowe działania Samorządu Województwa Pomorskiego związane z przygotowaniem projektu:

- projekt pilotażowy „Czas na Młodych – punkty doradztwa dla młodzieży"
- pilotaż Centrum Zdrowia Psychicznego
- inteligentne specjalizacje Pomorza
- istniejące usługi publiczne i działalność NGO
- *peer review* z ekspertami z *Policy Learning Platform* programu Interreg Europa, a także kontynuacja we wrześniu i październiku br. spotkań z ekspertami zagranicznymi, wraz z planowaną wizytą pomorskich partnerów w Hiszpanii (weryfikacja modelu hiszpańskiego Fundacji Wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego FEAFES w Galicji).

Dodatkowym potwierdzeniem zasadności przyjętego kierunku są wnioski Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Gdańsku przygotowane na potrzeby krajowej strategii młodzieżowej, w których rekomenduje się rozwój regionalnych centrów wsparcia typu „*one-stop-shop*", integrujących poradnictwo zawodowe, wsparcie psychologiczne oraz działania wspierające wejście młodych osób na rynek pracy.

Założenia modelu „Jeden Krok" opracowano w oparciu o analizę doświadczeń krajowych i zagranicznych. Wykorzystano zarówno dobre praktyki funkcjonujące w Polsce (m.in. Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego w Świeciu, model „Ekspres Praca" w Krakowie), jak i doświadczenia partnerów europejskich w zakresie psychiatrii środowiskowej, reintegracji społecznej oraz zatrudnienia wspomaganego. Pozwoliło to na przygotowanie modelu uwzględniającego sprawdzone rozwiązania dostosowane do specyfiki województwa pomorskiego.

Założenia modelu (zakres usług/wsparcia) „Jeden Krok"[4]

Wnioski wynikające z analizy przedstawionych wcześniej doświadczeń krajowych i zagranicznych zostały wykorzystane przy opracowaniu założeń modelu „Jeden Krok". Model Jeden Krok nie zakłada tworzenia nowej jednostki organizacyjnej. Jest on mechanizmem współpracy pomiędzy istniejącymi instytucjami działającymi w obszarze zdrowia

[4] Nazwa „Jeden Krok" stanowi polskie rozwinięcie koncepcji „One Stop Shop" (jednego miejsca kompleksowego wsparcia) oraz roboczej nazwy „One Step", wykorzystywanych w międzynarodowych modelach integracji usług społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych i zawodowych. Istotą rozwiązania jest zapewnienie uczestnikowi skoordynowanego dostępu do różnych form wsparcia poprzez jeden punkt kontaktu i jeden zintegrowany proces przejścia do samodzielności.

psychicznego, rynku pracy, pomocy społecznej, edukacji i aktywizacji społecznej. Wiodącą rolę organizacyjną na poziomie lokalnym pełniłyby Powiatowe Urzędy Pracy, współpracujące z Centrami Zdrowia Psychicznego, jednostkami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi oraz pracodawcami.

W ramach pilotażu rekomenduje się wyznaczenie lokalnych koordynatorów wsparcia funkcjonujących przy Powiatowych Urzędach Pracy. Ich zadaniem byłoby prowadzenie uczestnika przez proces korzystania z różnych form wsparcia oraz koordynacja współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w realizację modelu. Należy rozróżnić koordynację strategiczną modelu od koordynacji indywidualnego wsparcia uczestników. Za rozwój modelu na poziomie regionalnym odpowiadałby Samorząd Województwa Pomorskiego, natomiast za koordynację ścieżki wsparcia uczestnika i współpracę lokalnych instytucji odpowiadałyby Wojewódzki i Powiatowe Urzędy Pracy przy wsparciu lokalnych koordynatorów wsparcia.

Założenia modelu są również zgodne z kierunkami rekomendowanymi przez Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku podczas prac nad krajową strategią młodzieżową, wskazującymi na potrzebę indywidualnej koordynacji ścieżki wsparcia (*case management*) oraz integracji działań rynku pracy, edukacji i zdrowia psychicznego.[5]

Dwa etapy

Etap 1 – Centrum Zdrowia Psychicznego

Pacjent po zakończeniu leczenia lub stabilizacji stanu psychicznego kierowany jest do systemu reintegracji społeczno-zawodowej.

Etap 2 – „Jeden Krok" – model koordynacji przejścia do samodzielności

Jednostka pełniąca funkcję:

- koordynacyjną,
- aktywizacyjną,
- edukacyjno-informacyjną
- integracyjną
- wspierającą

Model działa w oparciu o sieć punktów wsparcia zorganizowanych w sposób przyjazny do nawiązania relacji z młodymi ludźmi rozpoczynającymi kariery zawodowe.

Punkty „Jeden Krok" nie powinny być postrzegane wyłącznie jako miejsca wsparcia dla osób po kryzysach psychicznych. Ich otwarta formuła umożliwi korzystanie z wybranych usług również osobom napotykającym trudności edukacyjne, społeczne lub zawodowe. Rozwiązanie to pozwoli ograniczać stygmatyzację, zwiększać liczbę odbiorców oraz wzmacniać trwałość funkcjonowania modelu po zakończeniu etapu pilotażowego.

[5] Źródło: Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku, „Materiał diagnostyczno-koncepcyjny na potrzeby przygotowania projektu krajowej strategii młodzieżowej", czerwiec 2026.

Zakres obejmuje integrację istniejących usług społecznych, w tym:

- wsparcie centrów zdrowia psychicznego (czp), w postaci wyznaczonych asystentów zdrowienia
- współpraca z ośrodkami pomocy społecznej
- doradztwo psychologiczne, diagnoza kompetencji
- współpraca z pracodawcami
- współpraca z uczelniami publicznymi i niepublicznymi w gdańsku
- współpraca ug – w zakresie badań
- doradztwo edukacyjne (kontynuacja, uzupełnienie edukacji, przegląd ofert)
- doradztwo w zakresie wsparcia społecznego
- wsparcie urzędów pracy (urzędy pracy rekomenduje się jako wiodące lokalne ośrodki organizujące komponent aktywizacji zawodowej w modelu „jeden krok", odpowiadające za koordynację działań związanych z doradztwem zawodowym, szkoleniami, praktykami, współpracą z pracodawcami oraz zatrudnieniem wspomaganym.)
- wsparcie w oparciu o pracowników poszczególnych sektorów społecznych, wolontariuszy oraz specjalistów przypisanych do modelu (4, 5).

Model „Jeden Krok" opiera się na budowie regionalnego ekosystemu wsparcia, łączącego istniejące zasoby i usługi różnych instytucji wokół potrzeb uczestnika. Jego celem jest zapewnienie ciągłości pomocy i skutecznego przejścia od leczenia do samodzielnego funkcjonowania społecznego i zawodowego.

Proponowana ścieżka wsparcia uczestnika

Poniższa ścieżka wsparcia uzupełnia założenia modelu „Jeden Krok", przedstawiając jego funkcjonowanie z perspektywy uczestnika. Pokazuje kolejne etapy procesu przechodzenia od stabilizacji zdrowotnej do samodzielności społecznej i zawodowej przy wsparciu partnerów tworzących regionalny ekosystem wsparcia.

1. Młoda osoba trafia do Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), poradni zdrowia psychicznego, szpitala psychiatrycznego, Powiatowego Urzędu Pracy, OPS, uczelni lub organizacji pozarządowej.
2. Po ustabilizowaniu stanu zdrowia lub zgłoszeniu potrzeby wsparcia kierowana jest do punktu „Jeden Krok".
3. W punkcie Jeden Krok przeprowadzana jest wspólna diagnoza potrzeb obejmująca obszar zdrowotny, edukacyjny, społeczny i zawodowy.
4. Dla uczestnika opracowywany jest indywidualny plan przejścia do samodzielności.
5. W zależności od potrzeb uczestnik korzysta z:
    - wsparcia asystenta zdrowienia,
    - doradztwa zawodowego,
    - szkoleń,
    - praktyk i staży,

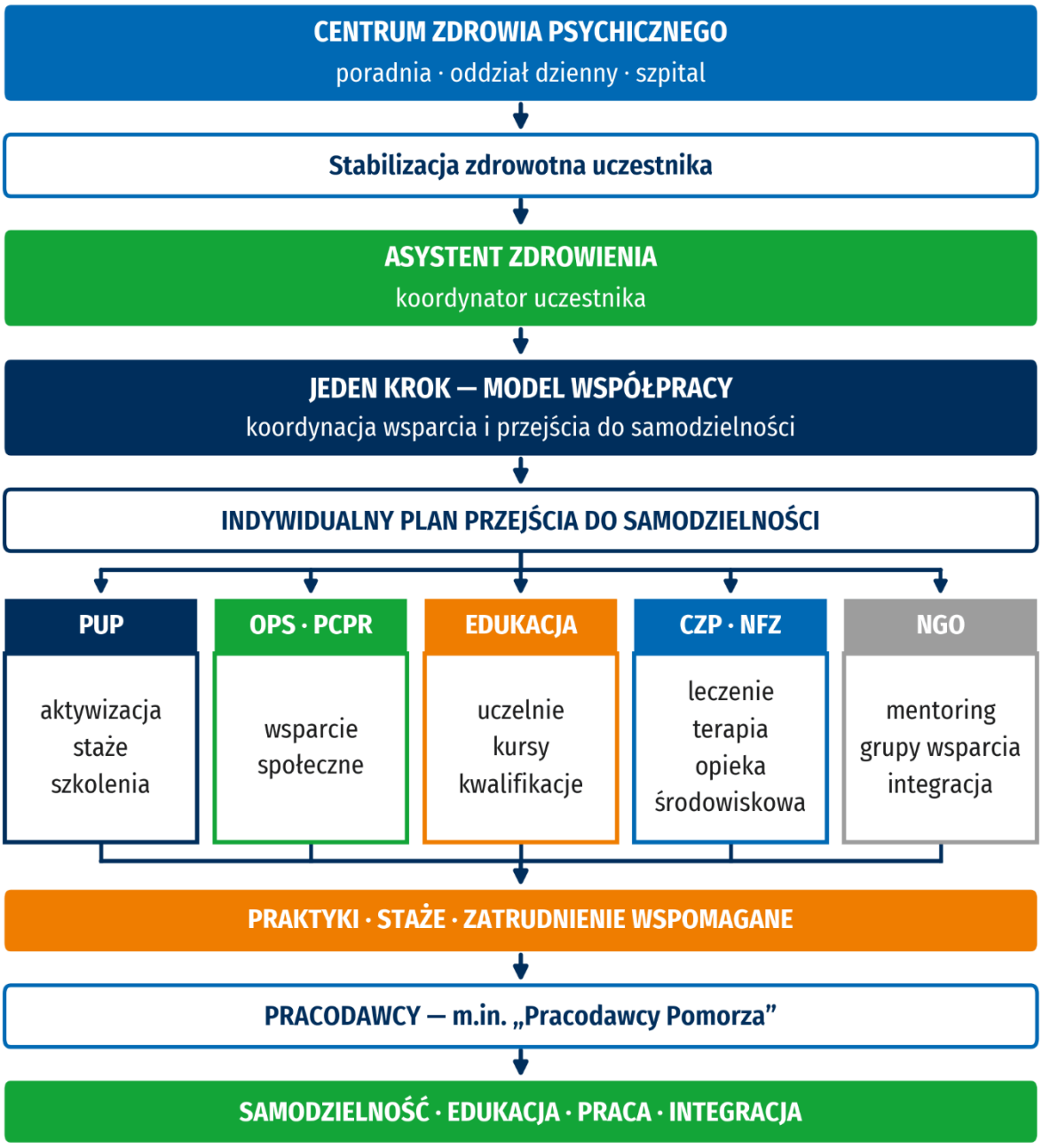
- wsparcia edukacyjnego,
- pomocy społecznej,
- zatrudnienia wspomaganego.

6. Powiatowy Urząd Pracy przy wsparciu lokalnego koordynatora wsparcia, koordynuje komponent aktywizacji zawodowej i współpracę z pracodawcami.
7. Po podjęciu zatrudnienia uczestnik nadal może korzystać ze wsparcia trenera pracy i asystenta zdrowienia.

Szczegółowe ścieżki współpracy międzyinstytucjonalnej zostaną wypracowane i przetestowane podczas etapu pilotażowego modelu „Jeden Krok". Przedstawiona koncepcja jest wstępnym zobrazowaniem procesu. Szczegółowe rozwiązania organizacyjne i operacyjne zostaną dopracowane na etapie konsultacji oraz przygotowania studium wykonalności pilotażu.

Z.1 Ścieżka uczestnika w modelu Jeden Krok

od stabilizacji zdrowia do samodzielności, edukacji i pracy



Adnotacja. Schemat przedstawia wstępne zobrazowanie procesu, a nie docelową procedurę — szczegółowe ścieżki współpracy międzyinstytucjonalnej zostaną wypracowane i przetestowane na etapie pilotażu modelu „Jeden Krok”. Instytucje wskazane przy poszczególnych etapach oznaczają podmiot wiodący, a nie wyłącznego realizatora. Źródło: opracowanie własne.

Proponowana ścieżka wsparcia powinna podlegać regularnej ewaluacji i doskonaleniu w oparciu o doświadczenia uczestników oraz partnerów zaangażowanych w realizację modelu. Wnioski z pilotażu pozwolą identyfikować bariery, usprawniać współpracę

międzyinstytucjonalną oraz dostosowywać rozwiązania do zmieniających się potrzeb młodych osób korzystających ze wsparcia.

Elementy wsparcia i oczekiwane rezultaty

W województwie pomorskim funkcjonuje wiele form wsparcia zdrowotnego, społecznego, edukacyjnego i zawodowego skierowanych do osób z problemami zdrowia psychicznego. Głównym problemem nie jest brak pojedynczych usług, lecz ich rozproszenie oraz ograniczona skuteczność docierania do części młodych osób, które mogłyby z nich skorzystać. Model „Jeden Krok" ma na celu lepsze wykorzystanie istniejących zasobów poprzez ich integrację i koordynację wokół potrzeb uczestnika.

Na wsparcie składają się przede wszystkim: wsparcie psychologiczne i psychiatryczne, asystenturę zdrowienia, doradztwo zawodowe, zatrudnienie wspomagane, szkolenia i rozwój kompetencji, wsparcie edukacyjne, mentoring, grupy wsparcia, działania integracyjne oraz współpracę z pracodawcami.

Istotnym elementem modelu mogłoby być również wykorzystanie **asystentów zdrowienia** – osób posiadających doświadczenie kryzysu psychicznego i odpowiednio przygotowanych do wspierania uczestników projektu w procesie zdrowienia oraz powrotu do aktywności społecznej i zawodowej (8, 9).

W obszarze aktywizacji zawodowej model zakłada wykorzystanie sprawdzonego rozwiązania „*Supported Employment*" (zatrudnienie wspomagane), obejmującego wsparcie trenera pracy, przygotowanie do zatrudnienia, pomoc adaptacyjną, współpracę z pracodawcami oraz monitorowanie utrzymania zatrudnienia. Rozwiązanie to jest zgodne z praktykami stosowanymi w wielu krajach europejskich oraz wpisuje się w działania wspierane przez PFRON.

Oczekiwanymi rezultatami dla uczestników modelu są między innymi:

- możliwość uzyskania pomocy w znalezieniu pracy;
- kontynuacja zatrudnienia (duży *drop-out* osób z grupy docelowej, zniechęcający do dalszych poszukiwań);
- dostosowanie ścieżki edukacyjnej, wsparcie edukacją dla dorosłych, doradztwo w zakresie kontynuacji nauki czy też zmiany profilu nauczania dającego możliwości podjęcia zatrudnienia;
- praktyki i wolontariat, jako przygotowanie do zatrudnienia. wsparcie w poszukiwaniu praktyk czy też wolontariatów w celu podjęcia właściwego zatrudnienia.

Model „Jeden Krok" koncentruje się na wykorzystaniu istniejących form wsparcia i ich skuteczniejszej koordynacji wokół potrzeb uczestnika. Połączenie działań zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych i zawodowych ma zwiększyć szanse młodych osób na osiągnięcie trwałej samodzielności oraz aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym.

Pilotaż, partnerstwo i warunki wdrożenia modelu

Skuteczne wdrożenie modelu „Jeden Krok" wymaga zaangażowania partnerów reprezentujących obszar zdrowia, rynku pracy, pomocy społecznej, edukacji, organizacji pozarządowych oraz pracodawców. Model opiera się na wykorzystaniu istniejących zasobów instytucjonalnych i rozwijaniu współpracy pomiędzy podmiotami, które już realizują działania na rzecz zdrowia psychicznego, aktywizacji społecznej i zawodowej młodych osób.

W ramach przygotowania pilotażu rekomenduje się wykorzystanie potencjału podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Pomorskiego realizujących świadczenia z zakresu psychiatrii środowiskowej i funkcjonujących w modelu Centrów Zdrowia Psychicznego.

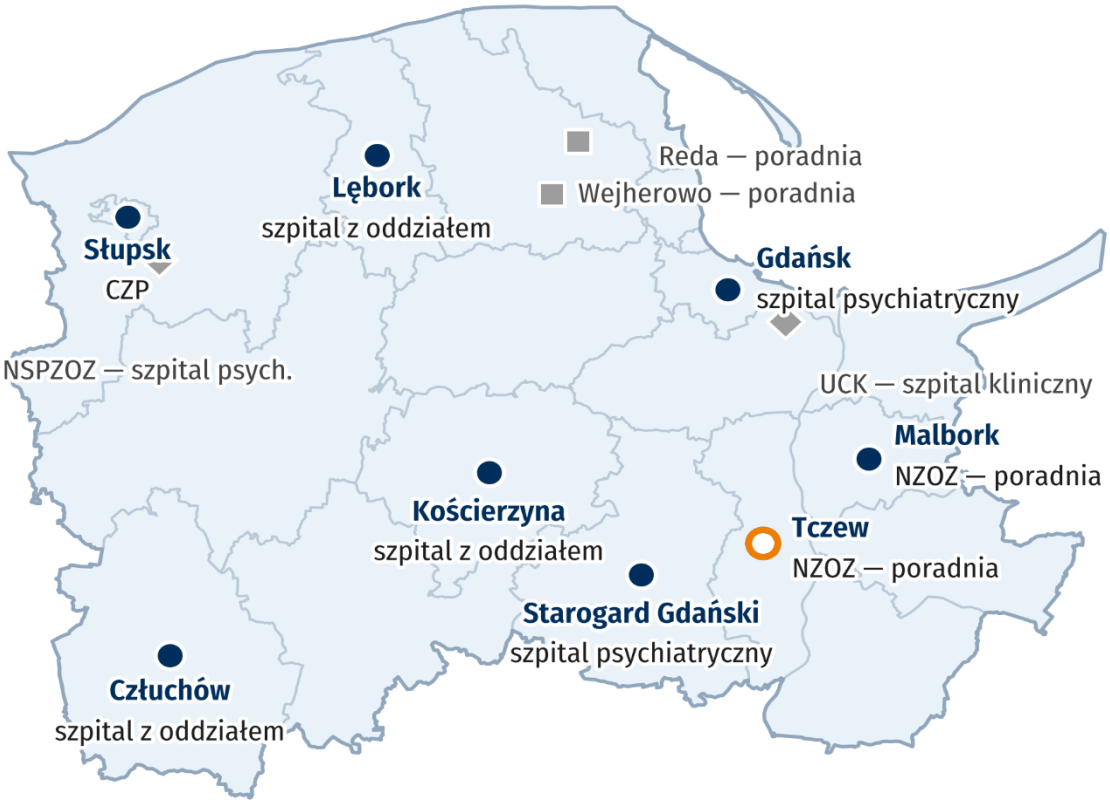
Potencjalnymi partnerami pilotażu mogłyby być:

- Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku,
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku,
- Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. S. Kryzana w Starogardzie Gdańskim,
- Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie.

Wskazane wyżej podmioty lecznicze Samorządu Województwa Pomorskiego posiadają doświadczenie w realizacji świadczeń psychiatrii środowiskowej oraz współpracy międzysektorowej, co tworzy istotny potencjał dla testowania i wdrażania modelu „Jeden Krok".

Z.2 Sieć placówek — zaplecze wdrożenia modelu

woj. pomorskie: sieć CZP (typy A/B wg tabeli obszarów) i podmioty lecznicze poza siecią



- CZP typu A — własne zabezpieczenie całodobowe w obszarze (jedna umowa)
- CZP typu B — hospitalizacje w szpitalu zabezpieczającym (odrębna umowa)
- poza siecią CZP — podmiot szpitalny (UCK, NSPZOZ Słupsk)
- poza siecią CZP — podmiot ambulatoryjny (przykłady z rozliczeń)

Adnotacja. Mapa pokazuje siedziby centrów, a nie zasięg obszarów odpowiedzialności — obszar obsługiwany przez centrum bywa większy niż powiat, w którym mieści się jego siedziba.

Partnerami wdrożenia modelu powinny być

Samorząd Województwa Pomorskiego

Rola:

- koordynacja strategiczna,
- budowanie i integracja partnerstw,
- odpowiedzialność za rozwój modelu regionalnego,
- monitoring wdrażania
- wsparcie pozyskiwania środków zewnętrznych.

NFZ - Projekt nie zastępuje świadczeń finansowanych przez NFZ, lecz uzupełnia je o komponent społeczny i zawodowy.

Rola:

- finansowanie komponentu zdrowotnego,
- rozwój psychiatrii środowiskowej,
- współpraca z Centrami Zdrowia Psychicznego,
- monitorowanie efektów zdrowotnych projektu.

Wojewódzki / Powiatowe Urzędy Pracy / Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej — urzędy pracy rekomenduje się jako wiodące lokalne ośrodki organizujące system wsparcia.

Rola:

- koordynacja operacyjna wsparcia uczestników
- aktywizacja zawodowa,
- diagnoza kompetencji,
- organizacja szkoleń i staży,
- współpraca z pracodawcami,
- rozwój zatrudnienia wspomaganego,
- monitorowanie przebiegu indywidualnych ścieżek wsparcia.

W ramach pilotażu rekomenduje się wyznaczenie lokalnych koordynatorów wsparcia funkcjonujących przy Powiatowych Urzędach Pracy. Ich zadaniem byłoby prowadzenie uczestnika przez proces korzystania z różnych form wsparcia oraz koordynacja współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w realizację modelu, w pierwszej kolejności Centrami Zdrowia Psychicznego, jednostkami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi i pracodawcami.

PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Rola:

- finansowanie trenerów pracy,
- wsparcie zatrudnienia wspomaganego,
- rehabilitacja społeczna i zawodowa,

OPS i PCPR (Ośrodki Pomocy Społecznej i Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie)

Rola:

- wsparcie społeczne i środowiskowe,
- pomoc rodzinie,
- stabilizacja sytuacji życiowej uczestników.

Organizacje pozarządowe[6]

Rola:

- grupy wsparcia,
- mentoring,

[6] Przykładem pomorskiej dobrej praktyki jest kampania społeczna „Niebieskie Trampki" realizowana przez Fundację FOSA, która powstała w Gdańsku z myślą o budowaniu świadomości wśród młodzieży i otaczających ich dorosłych na temat problemów psychicznych. To sieć miejsc stworzonych dla młodzieży i razem z młodzieżą w centrach handlowych.)

- działania środowiskowe,
- integracja społeczna,
- działania edukacyjne i profilaktyczne.

Uczelnie wyższe i partnerzy naukowi

Rekomenduje się współpracę m.in. z:

- Związkiem Uczelni Fahrenheita (Uniwersytet Gdański, Gdański Uniwersytet Medyczny, Politechnika Gdańska)
- innymi uczelniami publicznymi i niepublicznymi

Możliwy zakres współpracy:

- badania,
- ewaluacja projektu,
- działania edukacyjne,
- rozwój innowacyjnych modeli wsparcia.

Potencjalni/zidentyfikowani partnerzy zagraniczni

Możliwa współpraca z partnerami:

- Hiszpania – Fundacja FEAFES,
- Litwa – Litewskie Centrum Innowacji
- Szwecja – Uniwersytet w Sztokholmie

Zakres:

- wymiana doświadczeń,
- dobre praktyki,
- wspólne projekty europejskie,
- rozwój modeli reintegracji społecznej.

Istotnym elementem modelu powinno być również aktywne włączenie pracodawców. [7] W tym zakresie wsparcie mogłoby obejmować: szkolenia dla kadr zarządzających i działów HR, prowadzenie certyfikatu pracodawcy wspierającego różne poziomy funkcjonowania psychicznego pracowników/ przyjaznego wobec osób z różnymi doświadczeniami zdrowia psychicznego, doradztwo, rozwiązywanie problemów. Dodatkowym argumentem przemawiającym za rozwijaniem współpracy z pracodawcami są działania podjęte przez organizację Pracodawcy Pomorza, która w maju 2026 r. przyjęła „Kodeks postępowania pracodawcy w zakresie inkluzji osób neuroatypowych" oraz apel „Pomorskie Firmy Wolne od Nikotyny". Dokumenty te promują tworzenie przyjaznych, bezpiecznych i inkluzywnych miejsc pracy oraz wskazują na rosnącą gotowość pomorskich przedsiębiorców do angażowania się w działania związane ze zdrowiem psychicznym,

[7] Podczas konferencji Horyzont Europa przedstawiciele ORLEN zadeklarowali zainteresowanie możliwością współpracy pilotażowej w zakresie działań informacyjnych, profilaktycznych i społecznych skierowanych do młodych osób z problemami zdrowia psychicznego. Rozważane jest wykorzystanie doświadczeń i infrastruktury spółki do testowania nowych form dotarcia do młodych odbiorców.

dobrostanem pracowników i neuroróżnorodnością. W zakresie działań UMWP zaleceniem ekspertów europejskich jest utworzenie stanowiska KOORDYNATOR DS. MŁODYCH W UMWP wraz z stałym zespołem wewnętrznym UMWP i PUP do monitorowania wdrażania modelu i rozwoju współpracy międzyinstytucjonalnej. Docelowo finansowane z programów wsparcia, jednakże byłby to okres przejściowy, do momentu pozyskania środków z funduszy europejskich (około 1,5 roku) wówczas mogłaby być finansowana z projektu (rozważamy programy: Fundusze Norweskie, Horyzont Europa, EU4HEALTH).

Proponowane zadania:

- koordynacja współpracy partnerów,
- monitoring pilotażu,
- współpraca z Powiatowymi Urzędami Pracy i CZP,
- współpraca z partnerami zagranicznymi,
- przygotowywanie projektów finansowanych ze środków UE,
- monitoring efektów projektu,
- koordynacja działań międzysektorowych,
- wspieranie rozwoju modelu regionalnego.

Wdrożenie modelu „Jeden Krok" będzie możliwe pod warunkiem zaangażowania instytucji odpowiedzialnych za zdrowie, edukację, pomoc społeczną i rynek pracy, a także przełamania istniejących barier współpracy międzysektorowej. Rozwój modelu powinien opierać się na potencjale funkcjonujących Centrów Zdrowia Psychicznego oraz aktywnym wsparciu jednostek samorządu terytorialnego i administracji centralnej oraz współpracy z pracodawcami i partnerami społecznymi.

Co planujemy – następne kroki

W założeniach planuje się rozwój **międzydyscyplinarnych centrów wsparcia typu „Jeden Krok"**, funkcjonujących jako przyjazne, nieformalne punkty pierwszego kontaktu dla młodych osób z trudnościami natury psychicznej i społeczno-zawodowej. Centra te mają zapewniać **kompleksową, skoordynowaną pomoc w jednym miejscu**, obejmującą m.in. wstępną ocenę psychologiczną, wsparcie terapeutyczne, konsultacje z doradcą zawodowym i edukacyjnym oraz działania coachingowe ukierunkowane na wzmocnienie kompetencji życiowych i zawodowych.

Rdzeniem modelu jest zintegrowanie **różnych specjalizacji i instytucji w jednym punkcie usługowym**, tak aby beneficjent nie musiał samodzielnie poruszać się między systemami ochrony zdrowia, pomocy społecznej i rynku pracy. „Jeden Krok" pełniłby również funkcję koordynatora współpracy z instytucjami odpowiedzialnymi za wsparcie społeczne i aktywizacyjne (np. MOPS, CIS, urzędy pracy, OHP), umożliwiając kierowanie osób w głębszym kryzysie do właściwych form pomocy oraz zapewniając ciągłość wsparcia.

Szczegółowa forma organizacyjna punktów wsparcia, w tym zakres obsługi stacjonarnej, mobilnej lub cyfrowej, zostanie określona na etapie pilotażu. Pozwoli to dostosować model do lokalnych uwarunkowań, dostępnych zasobów oraz potrzeb grupy docelowej.

Planowane jest zorganizowanie regionalnej konferencji poświęconej problematyce zdrowia psychicznego młodych osób oraz ich aktywizacji społeczno-zawodowej. Wydarzenie miałoby charakter warsztatowy i służyłoby wspólnemu wypracowaniu założeń modelu przy udziale głównych partnerów: przedstawicieli Centrów Zdrowia Psychicznego, Urzędów Pracy, jednostek pomocy społecznej, organizacji pozarządowych, środowiska akademickiego, pracodawców oraz młodych osób. Wyniki warsztatów stanowiłyby istotny wkład w przygotowanie pilotażu oraz wypracowanie ścieżek współpracy międzyinstytucjonalnej. Rekomenduje się, aby proces warsztatowego wypracowania założeń modelu oraz planu jego wdrażania został przeprowadzony przy wsparciu zewnętrznego, profesjonalnego podmiotu posiadającego doświadczenie w facylitacji procesów partycypacyjnych i międzyinstytucjonalnych. Pozwoli to na wypracowanie realistycznych, możliwych do wdrożenia rozwiązań, uwzględniających perspektywę wszystkich zaangażowanych stron.

Obecnie przygotowujemy koncepcję projektową do programów europejskich, w celu pozyskania środków na rozwój idei projektowej. Ponadto dzięki współpracy zagranicznej udało nam się do tej pory pozyskać partnerów międzynarodowych:

- Fundacja Zdrowia Psychicznego Galicia (Hiszpania)
- Litewskie Centrum Innowacji (Litwa)
- Uniwersytet w Sztokholmie (Szwecja)

Po wewnętrznych konsultacjach w kolejnych etapach planowane są następujące działania:

Przeprowadzenie zewnętrznych konsultacji modelu z udziałem przedstawicieli Centrów Zdrowia Psychicznego, Powiatowych Urzędów Pracy, jednostek pomocy społecznej, organizacji pozarządowych, środowiska akademickiego, pracodawców oraz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Przygotowanie i realizacja działań komunikacyjnych, mających na celu budowanie świadomości projektu, informowanie potencjalnych uczestników oraz rozwój skutecznych kanałów dotarcia do młodych osób.

Opracowanie studium wykonalności modelu „Jeden Krok", obejmującego analizę organizacyjną, finansową i operacyjną proponowanych rozwiązań oraz ocenę możliwości ich wdrożenia na poziomie regionalnym.

Doprecyzowanie modelu współpracy międzyinstytucjonalnej oraz przygotowanie założeń pilotażu, w tym określenie ścieżek współpracy pomiędzy partnerami oraz sposobu monitorowania efektów wdrożenia.

Przygotowanie i złożenie wniosków o dofinansowanie, umożliwiających realizację pilotażu oraz dalszy rozwój modelu na poziomie regionalnym i międzynarodowym.

Przygotowanie modelu „Jeden Krok" znajduje się obecnie na etapie budowania partnerstwa, konsultowania założeń oraz identyfikacji źródeł finansowania. Kolejne działania koncentrować się będą na przeprowadzeniu konsultacji zewnętrznych, wypracowaniu docelowego modelu współpracy międzyinstytucjonalnej, opracowaniu studium wykonalności oraz przygotowaniu pilotażu umożliwiającego praktyczne przetestowanie rozwiązań w województwie pomorskim.

Finansowanie

Projekt nie zakłada tworzenia całkowicie nowego systemu finansowania. Założeniem jest integracja i lepsza koordynacja istniejących środków i instrumentów. Znaczna część środków już funkcjonuje w istniejących „systemach". Pilotaż pozwoli określić najbardziej efektywny sposób organizacji i finansowania modelu w perspektywie długoterminowej.

Możliwe źródła finansowania:

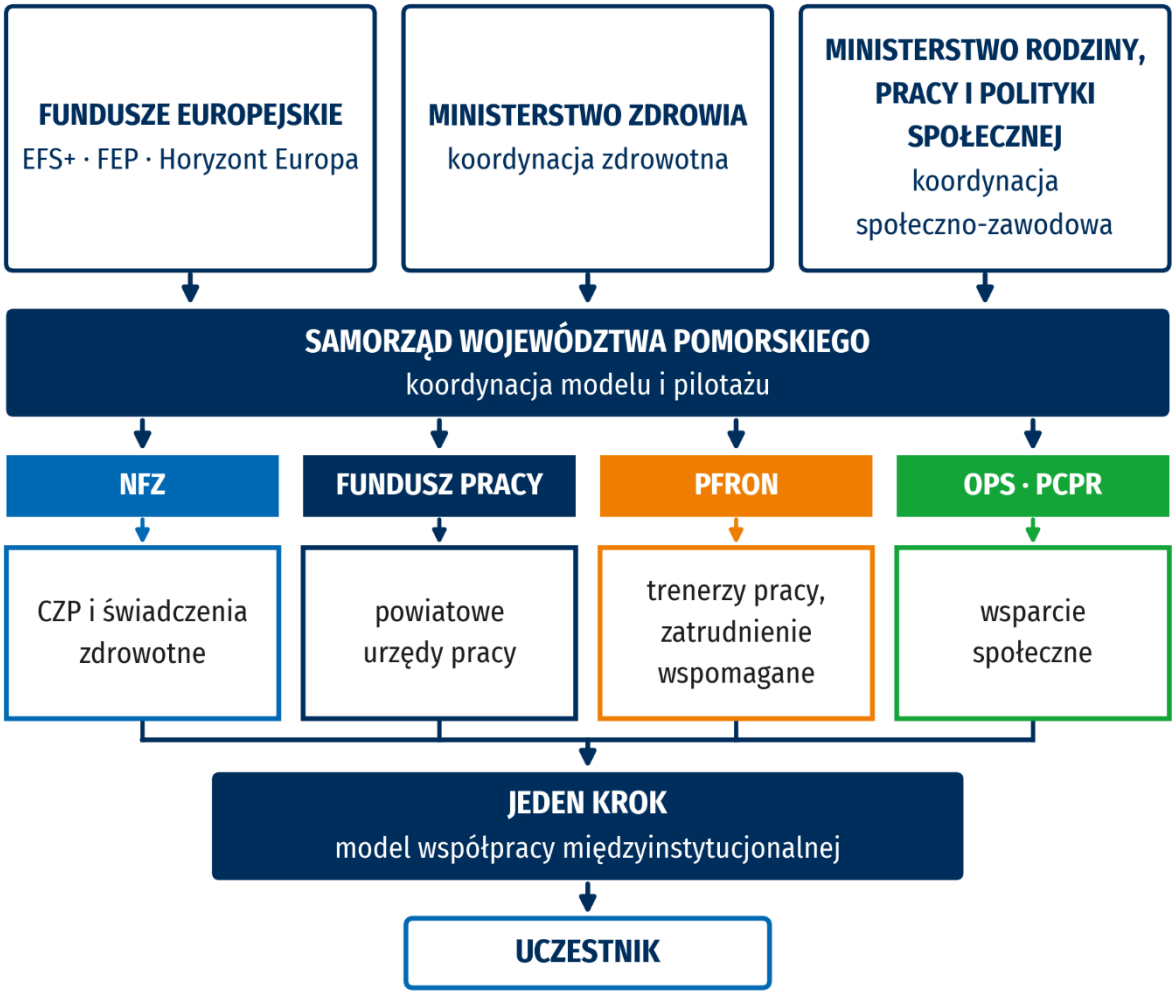
- Oparcie się na obecnych budżetach urzędów pracy, pomocy społecznej i CZP
- Wsparcie ze strony SWP i miast/powiatów
- Poszukiwanie wsparcia zewnętrznego
- Środki z projektów międzynarodowych oraz z Funduszy Norweskich
- Zatrudnienie osoby w strukturach UMWP – koordynatora ds. osób młodych z problemami zdrowia psychicznego – 1 etat – 1 rok – ok. 80 tys. zł.
- Europejski Fundusz Społeczny Plus, w tym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021–2027
- Fundusz Pracy,
- środki Powiatowych Urzędów Pracy,
- PFRON,
- kontrakty NFZ,
- programy Ministerstwa Zdrowia,
- programy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- Horyzont Europa,
- Erasmus+,
- Interreg,
- granty norweskie,
- środki partnerów prywatnych i CSR.

Największym kosztem systemowym nie jest wdrożenie wsparcia środowiskowego, lecz:

- długotrwałe bezrobocie,
- wielokrotne hospitalizacje,
- wykluczenie społeczne,
- utrata potencjału młodych ludzi,
- koszty rent i świadczeń społecznych.

Z.3 Model współpracy międzyinstytucjonalnej i finansowanie

źródła nadrzędne, koordynacja regionalna i cztery filary finansowania



Adnotacja. Zestawienie ma charakter jakościowy. Pokazuje ono relację między kosztami zaniechania (wielokrotne hospitalizacje, wykluczenie społeczne, utrata potencjału młodych osób, koszty rent i świadczeń) a zasobami potrzebnymi do wdrożenia modelu. Model „Jeden Krok" nie zakłada tworzenia nowej jednostki organizacyjnej, więc znaczna część ujętych zasobów funkcjonuje już dziś w systemie. Źródło: opracowanie własne.

Model „Jeden Krok" nie zakłada tworzenia nowej jednostki organizacyjnej, lecz opiera się na wykorzystaniu i koordynacji istniejących zasobów systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji i rynku pracy. Oznacza to, że znaczna część niezbędnych zasobów finansowych oraz organizacyjnych funkcjonuje już obecnie. Pilotaż pozwoli określić docelową formę organizacyjną modelu, zasady finansowania oraz zakres niezbędnych zmian organizacyjnych i prawnych umożliwiających jego trwałe funkcjonowanie.

Podsumowanie wraz z rekomendacjami

Przeprowadzona analiza wskazuje, że województwo pomorskie dysponuje znaczną częścią zasobów niezbędnych do wdrożenia modelu „Jeden Krok". Najtrudniejsze pozostaje nie tworzenie nowych instytucji, lecz skuteczna integracja istniejących usług zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych i zawodowych wokół potrzeb młodych osób po kryzysach psychicznych.

Rekomenduje się:

1. Rozpoczęcie prac nad regionalnym modelem reintegracji społeczno-zawodowej młodych osób po kryzysach psychicznych,
2. Powołanie zespołu roboczego,
3. Kontynuowanie monitorowania projektów zbieżnych z cechami modelu w kraju (Świecie, Kraków)
4. Uruchomienie pilotażu w wybranych lokalizacjach,
5. Powołanie koordynatora ds. młodych w UMWP,
6. Rozpoczęcie konsultacji z partnerami publicznymi i prywatnymi,
7. Analizę możliwości pozyskania środków europejskich.
8. Przygotowanie kompleksowego systemu szkoleń i podnoszenia kompetencji dla pracowników instytucji zaangażowanych w realizację modelu:
    - Powiatowych Urzędów Pracy,
    - OPS i PCPR,
    - trenerów pracy,
    - asystentów zdrowienia,
    - koordynatorów wsparcia.

System szkoleń powinien obejmować m.in.:

- pracę z osobami po kryzysach psychicznych,
- komunikację i wsparcie motywacyjne,
- interwencję kryzysową,
- współpracę międzyinstytucjonalną,
- wspieranie procesu zdrowienia i reintegracji społeczno-zawodowej uczestników projektu.

9. Analizę możliwości wykorzystania istniejącej infrastruktury samorządowej i lokalnej aktywności społecznej do tworzenia łatwo dostępnych punktów pierwszego kontaktu i wsparcia dla młodych osób.

   Potencjalne lokalizacje mogłyby obejmować m.in.:

- biblioteki,
- centra aktywności lokalnej,
- domy kultury,
- centra młodzieżowe,

- inne ogólnodostępne przestrzenie samorządowe.

  Miejsca te jako powszechnie dostępne, neutralne społecznie i obecne w większości miast regionu, mogłyby pełnić rolę uzupełniających punktów działań informacyjnych, konsultacyjnych, edukacyjnych oraz wsparcia środowiskowego o niskim progu dostępu. Rozwiązanie to mogłoby ograniczać bariery związane ze stygmatyzacją oraz umożliwiać wykorzystanie istniejącej infrastruktury samorządowej bez konieczności tworzenia nowych, kosztownych placówek.

10. Przeprowadzenie procesu projektowania modelu i przygotowania pilotażu przy wsparciu zewnętrznego podmiotu posiadającego doświadczenie w facylitacji procesów międzyinstytucjonalnych i projektowaniu usług publicznych.

Projekt odpowiada na jedno z najważniejszych wyzwań społecznych i zdrowotnych współczesnego Pomorza: kryzys zdrowia psychicznego młodych ludzi, trudności w wejściu na rynek pracy, wzrost ryzyka wykluczenia społecznego oraz brak skoordynowanego wsparcia po zakończeniu leczenia psychiatrycznego. Proponowany model integruje działania zdrowotne, społeczne, edukacyjne i zawodowe, wzmacnia współpracę międzyinstytucjonalną, wykorzystuje istniejące zasoby systemowe oraz wpisuje się w kierunki rozwoju polityki społecznej i zdrowotnej w Polsce i Europie. Może stać się jednym z pierwszych kompleksowych regionalnych modeli wspierających przejście młodych osób od kryzysu psychicznego do zdrowia psychicznego.

Aneks.
Porównanie Białej Księgi z materiałami środowiska i Ministerstwa Zdrowia

Biała Księga nie jest konkurencyjnym wobec wcześniejszych opracowań manifestem ani prostym ich streszczeniem. Powstała przez zestawienie doświadczeń pilotażu, rekomendacji środowiskowych, Raportu Finalnego Zespołu oraz standardów WHO, a następnie przełożenie ich na jeden pakiet organizacyjny, finansowy i prawny. Wspólny dorobek wyznacza kierunek reformy; różnice dotyczą przede wszystkim doboru instrumentów, rangi regulacji i sposobu zabezpieczenia ryzyk ujawnionych w pilotażu.

Biała Księga nie powstaje w próżni. Równolegle z pracami Zespołu Ministra Zdrowia środowisko psychiatrii środowiskowej oraz administracja publiczna przygotowały dokumenty przesądzające o kształcie centrów zdrowia psychicznego (CZP) po zakończeniu pilotażu. Aby uczynić stanowisko niniejszego opracowania przejrzystym — i uniknąć zarówno powielania, jak i pomijania dorobku innych — Biała Księga zestawia je z pięcioma materiałami: (1) Rekomendacjami Grupy roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji NPOZP (Balicki i in., 2025), ujętymi w formę listy kontrolnej rozwiązań ustawowych — jednym stanowiskiem Grupy roboczej udokumentowanym w dwóch źródłach: pełnym pakiecie rekomendacji udostępnionym w serwisie przelomczp.pl (dostęp: 30 lipca 2026 r.) oraz części pierwszej opublikowanej w „Psychiatrii Polskiej" (Balicki i in., 2025); (2) raportem społecznym „Przełom w opiece psychiatrycznej w Polsce" (red. Balicki, Cechnicki, Wciórka, 2026); (3) książką „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego" (Rowiński i Depukat, 2026a), osadzającą reformę w ramie wartości publicznej i etyki; (4) Raportem końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w CZP (2025); oraz (5) aktualnymi materiałami Ministerstwa Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji — prezentacjami „Model Centrum Zdrowia Psychicznego" oraz „Założenia finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego", przedstawionymi Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego 13 maja 2026 r. Porównanie obejmuje szesnaście wymiarów — od modelu finansowania, przez odpowiedzialność terytorialną, strukturę i poziomy referencyjne, po jakość, kadry, status prawny i nakłady. Tabela 18 przedstawia zestawienie pozycja po pozycji; akapit podsumowujący pod nią syntetyzuje zbieżności i różnice.

Tabela 18. Porównanie Białej Księgi z materiałami środowiska i Ministerstwa Zdrowia w szesnastu wymiarach reformy CZP (część 1 z 4)

zestawienie telegraficzne — pełne brzmienia stanowisk w tekście Aneksu A

Wymiar	Biała Księga	KZP „Rekomendacje-" (2025)	„Przełom" (2026)	„Fundamenty" (2026)	Raport Zespołu MZ (2025)	MZ/AOTMiT (13.05.2026)	Zbieżność / różnica
Rama / uzasadnienie	wartość publiczna (Moore) + etyka troski (Tronto)	bez ramy; „lista kontrolna" zmian ustawowych	manifest; „przełom cywilizacyjny"	fundamenty moralne (Haidt) + wartość publiczna	dokument ekspercki: potrzeby + rekomendacje	techniczno-wdrożeniowa; deinstytucjonalizacja	zbieżna z Fundamentami; jawna rama etyczna
Model finansowania	mieszany: populacyjny + zadaniowy + premia jakości	ryczałt + FFS spoza obszaru; ryzyko (SMI) od 6 r.	ryczałt prospektywny; FFS odrzucone	ryczałt per capita (~165 zł); krytyka FFS	mieszany (populacyjny + zadaniowy + jakość)	mieszany: ryczałt populacyjny + funkcyjna + jakościowa	rdzeń zbieżny: ryczałt populacyjny u wszystkich
Waloryzacja / korekty	budżet roczny; jasne korekty migracyjne	waloryzacja półroczna; reguła 95/5	krytyka braku waloryzacji (73% wartości)	krytyka korekt bez związku z efektywnością	jasne zasady korekt i waloryzacji	ryczałt roczny; premia za wyniki; osobodzień +40%	zbieżna; waloryzacja CPI nieujęta u MZ
Odpowiedzialność terytorialna	obszar = obszar kontraktowania; mapy ustawowe (P13)	plan wojewódzki; 50–150 (max 200) tys.	krytyka „wspólnego obszaru"; plan wojewódzki	terytorialność wg epidemiologii regionalnej	mapy ustawowe; obszar = umowa NFZ	utrzymana; obszar z konkursu	zbieżna; MZ: konkurs vs plan wojewódzki

Adnotacja. Część 1 z 4. Opracowanie własne. Źródła: Balicki i in. (2025); Balicki, Cechnicki, Wciórka (red., 2026); Rowiński i Depukat (2026a); Raport końcowy Zespołu ds. zmian systemowych w CZP (2025); Ministerstwo Zdrowia / AOTMiT, prezentacje „Model CZP" i „Założenia finansowania CZP", Rada ds. Zdrowia Psychicznego, 13.05.2026. Wiersz „Kwalifikacja do koszyka (art. 31c)" — AOTMiT, Rekomendacja nr 68/2026 z 22 maja 2026 r.

Tabela 18. Porównanie Białej Księgi z materiałami środowiska i Ministerstwa Zdrowia w szesnastu wymiarach reformy CZP (część 2 z 4)

zestawienie telegraficzne — pełne brzmienia stanowisk w tekście Aneksu A

Wymiar	Biała Księga	KZP „Rekomendacje-" (2025)	„Przełom" (2026)	„Fundamenty" (2026)	Raport Zespołu MZ (2025)	MZ/AOTMiT (13.05.2026)	Zbieżność / różnica
Kilka CZP w mieście	podział wg kodów ulic; korekta popul. (P14)	podział po dzielnicach/ulicach; bez „ułamków"	krytyka „1/2, 1/3 miasta" (Lublin)	wskazane jako wada modelu	problem wprost (Lublin); kody ulic	brak wprost; obszar z konkursu	zbieżna przeciw ułamkom; tryb MZ inny
Struktura: typ A/B; oddziały	typ A i B usankcjonowane ustawowo	bez typologii: 1 podmiot = 1 CZP (5 form)	typ B krytykowany jako dysfunkcyjny	typy A/B rozróżniane operacyjnie	typ A/B usankcjonowany	bez typologii; „dostęp" do stacjonaru, osobny budżet	MZ funkcjonalnie ≈ typ B; KZP: 1 podmiot
Łóżka / opieka stacjonarna	ścieżka 33→28→25 łóżek/100 tys.	≥25/100 tys. (≥20 z detoksem/hostelem)	25 łóżek + 25 miejsc dziennych/100 tys.	cel 25/100 tys.; Małopolska poniżej	33→28→25/100 tys. w 3 lata	20–33/100 tys.; 33→28→25; osobny budżet	zbieżna; MZ osobny budżet stacjonarny
Poziomy referencyjne	trójpoziomowy system referencyjny	CZP + programy specjalist. + kliniki	balanced care; odrębne finansowanie klinik	opieka stopniowana jako rdzeń	trójpoziomowy system referencyjny	II poziom rozporządzeniem (od II poł. 2027)	zbieżna — II poziom ≈ referencyjność BK

Adnotacja. Część 2 z 4 — ciąg dalszy zestawienia; podpis i nota źródłowa odnoszą się do całej tabeli. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 18. Porównanie Białej Księgi z materiałami środowiska i Ministerstwa Zdrowia w szesnastu wymiarach reformy CZP (część 3 z 4)

zestawienie telegraficzne — pełne brzmienia stanowisk w tekście Aneksu A

Wymiar	Biała Księga	KZP „Rekomendacje-" (2025)	„Przełom" (2026)	„Fundamenty" (2026)	Raport Zespołu MZ (2025)	MZ/AOTMiT (13.05.2026)	Zbieżność / różnica
Mierniki jakości / ewaluacja	komponent jakościowy; „monitorować, nie karać"	standard + akredytacja + wskaźniki (KSO)	wskaźniki, akredytacja, PROMs	krytyka braku ewaluacji; „uczący się system"	komponent jakościowy; ośrodek monitorujący	składowa 3% (docelowo 5%); wskaźniki I/II; case-mix	zbieżna; BK dodatkowo kontr-dowody NFZ (P24)
Kadry / asystenci zdrowienia	diagnoza luk (P26–P30); normy, asystenci	≥0,7 etatu/1000; asystenci ≥2 obligatoryjnie	3 nowe role; asystenci obligatoryjni	obrona asystentów zdrowienia	normy 0,6/0,4 etatu/1000	normy /100 tys.; asystent zdrowienia 1 etat	zbieżna co do ról; asystent: MZ 1 vs KZP ≥2
Międzysektorowość / dane	CIKW; plan zintegrowany; podstawa danych	współdziałanie ustawowe; Rady ZP; KOZP	koordynacja; Rady ZP; fundusze UE	warunek skuteczności reformy	współpraca; integracja danych (EHDS)	PZK + koordynator; RODO nieeksponowane	różnica: MZ nie obejmuje międzysektorowości
Status ustawowy / KOZP	zakotwiczenie ustawowe; pakiet zmian (rozdz. VI)	katalog zmian ustawowych; KOZP	brak ustawy = główny zarzut; KOZP	zmiana ustawy; koniec „wiecznego pilotażu"	mapy z delegacją ustawową	rozporządzenia + konkurs; wejście 1.01.2027	główna różnica: rozporządzenie vs ustawa

Adnotacja. Część 3 z 4 — ciąg dalszy zestawienia rozpoczętego w części 1; podpis i nota źródłowa odnoszą się do całej tabeli. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 18. Porównanie Białej Księgi z materiałami środowiska i Ministerstwa Zdrowia w szesnastu wymiarach reformy CZP (część 4 z 4)

zestawienie telegraficzne — pełne brzmienia stanowisk w tekście Aneksu A

Wymiar	Biała Księga	KZP „Rekomendacje-" (2025)	„Przełom" (2026)	„Fundamenty" (2026)	Raport Zespołu MZ (2025)	MZ/AOTMiT (13.05.2026)	Zbieżność / różnica
Prawa pacjenta / przymus	teoria troski; krytyka przymusu (UD274)	deinstytucjonalizacja; przymus poza zakresem	„autonomia zamiast przymusu"	krytyka przymusu (Safewards)	model środowiskowy; mniej hospitalizacji	deinstytucjonalizacja; przymus nieporuszany	zbieżna; BK/Fund./Przełom: mniej przymusu
Rola pacjentów	legitymizacja (PVA); realny udział (P41)	asystenci; przedstawiciele w Radach ZP	„nic o nas bez nas"; współautorstwo	pacjenci „ekspertami przez doświadczenie"	włączenie strony społecznej	asystent operacyjnie; bez współdecydowania	różnica: podmiotowość pacjentów poza MZ
Nakłady na psychiatrię (% NFZ)	diagnoza ~4,5% vs 5–6% UE; środki do ryczałtu	gwarancja ≥7% do 2031 (5,5→7,0%)	6% (2025) → 7% (2026/2031)	cel 5,7% NFZ (12,4 mld zł 2026)	niedofinansowanie; rezerwa 04 PSY	koszt inkrementalny 3 lat; bez progu %	różnica: gwarancja % ustawowa poza MZ
Kwalifikacja do koszyka (art. 31c)	kierunek 6.5.2; propozycje aplikowalne (zob. 6.1)	—	—	—	—	rek. 68/2026 (22.05.2026): CZP świadczeniem gwarantowanym; warunek: model finansowania	ścieżka koszykowa otwarta; finansowanie do doprecyzowania

Adnotacja. Część 4 z 4 — ciąg dalszy zestawienia rozpoczętego w części 1; podpis i nota źródłowa odnoszą się do całej tabeli. Źródło: opracowanie własne.

Z zestawienia wyłania się obraz daleko idącej zbieżności co do rdzenia reformy i wyraźnie zarysowanej osi sporu co do sposobu jej domknięcia. Wszystkie porównywane dokumenty — łącznie z aktualnymi materiałami Ministerstwa Zdrowia i AOTMiT z 13 maja 2026 r. — przyjmują wspólny rdzeń finansowania: ryczałt populacyjny naliczany na mieszkańców obszaru. Składową jakościową przyjmują natomiast w pełni Biała Księga, Raport Finalny i materiały MZ-AOTMiT, a składową funkcyjną (różnicowanie według kategorii i złożoności pacjentów, ograniczające ryzyko selekcji) — Raport Finalny i materiały MZ-AOTMiT, podczas gdy Biała Księga adresuje zróżnicowanie potrzeb korektą ryzyka w stawce bazowej, a nie odrębnym strumieniem (zob. 4.1 i 6.8); rekomendacje Grupy roboczej KZP i „Przełom" nie idą w tym kierunku równie daleko, poprzestając na ryczałcie z korektą ryzyka. Zbieżne pozostają również: docelowy wskaźnik 25 łóżek na 100 tysięcy dorosłych osiągany ścieżką 33→28→25, wprowadzenie wyższego (II) poziomu referencyjnego, kierunek deinstytucjonalizacji oraz nowe role koordynatora opieki i asystenta zdrowienia. Oznacza to, że dawny spór „budżet populacyjny czy płatność za usługę" — obecny jeszcze w zdaniu odrębnym Narodowego Funduszu Zdrowia — w aktualnym stanowisku administracji praktycznie wygasł.

Różnice przesunęły się na sposób utrwalenia reformy. Najważniejsza dotyczy formy prawnej. Ministerstwo Zdrowia planuje uregulować centra rozporządzeniami (świadczenia gwarantowane, kryteria wyboru ofert, ogólne warunki umów) i kontraktować je w trybie konkursowym, podczas gdy środowisko (KZP, „Przełom", „Fundamenty") oraz niniejsza Biała Księga domagają się zakotwiczenia centrów w ustawie. Druga różnica dotyczy wyznaczania obszarów — konkurs płatnika wobec wojewódzkiego planu odpowiedzialności terytorialnej zatwierdzanego przez Ministra Zdrowia; trzecia — opieki stacjonarnej, którą resort ujmuje jako odrębnie budżetowany „dostęp" do hospitalizacji za opinią dyrektora oddziału NFZ, środowisko zaś jako integrację wszystkich form opieki w jednym podmiocie. Pozostają też różnice skali: liczba etatów asystenta zdrowienia (jeden w propozycji resortu wobec co najmniej dwóch w rekomendacjach KZP), ustawowa gwarancja nakładów (5,7–7% kosztów świadczeń postulowane przez środowisko wobec braku takiego progu w materiałach resortu) oraz utworzenie Krajowego Ośrodka Zdrowia Psychicznego.

Biała Księga sytuuje się wobec tych podziałów świadomie. Podziela z resortem model finansowy i logikę poziomów referencyjnych, ze środowiskiem zaś — konieczność rangi ustawowej i map odpowiedzialności terytorialnej zamiast doraźnego konkursu. Wnosi przy tym trzy własne elementy, których pozostałe dokumenty nie podejmują: operacyjną analizę spójności obszarów CZP z rejonami operacyjnymi zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), jawnie zadeklarowaną ramę teoretyczną (wartość publiczna Moore'a oraz etyka troski) oraz krytyczne odniesienie się do dawnych zastrzeżeń metodologicznych Narodowego Funduszu Zdrowia wobec dowodów skuteczności pilotażu.

Na tle wcześniejszych materiałów Biała Księga pełni funkcję syntezy i operacjonalizacji. Zachowuje populacyjny rdzeń opieki środowiskowej, rozwija rozwiązania dotyczące jakości, odpowiedzialności terytorialnej i koordynacji, a własne odstępstwa uzasadnia problemami ujawnionymi w trakcie pilotażu. Jej wartość nie polega więc na odcięciu się od

dotychczasowego dorobku, lecz na pokazaniu, jak ten dorobek może zostać przekształcony w spójny i trwały system.

Bibliografia

Abel, K. M., Hope, H., Swift, E., Parisi, R., Ashcroft, D. M., Kosidou, K., Osam, C. S., Dalman, C. i Pierce, M. (2019). Prevalence of maternal mental illness among children and adolescents in the UK between 2005 and 2017: A national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health,* 4(6), e291–e300. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30059-3

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2026a). *Rekomendacja nr 68/2026 z dnia 22 maja 2026 r. Prezesa AOTMiT w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania modelu organizacyjnego udzielania świadczeń w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.*

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2026b). *Rekomendacja nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (obwieszczenie z 2 lipca 2026 r.).*

Balicki, M., Biechowska, D., Cechnicki, A., Ciuńczyk, I., Głowacka-Cieślicka, K., Karakuła-Juchnowicz, H., Krzyżanowska-Zbucka, J., Szafrański, T., Szczerbowska, K., Załuska, M. i Wciórka, J. (2025). Rekomendacje Grupy Roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dotyczące zmian systemowych w psychiatrycznej opiece dorosłych. Część 1. Checklist dla rozwiązań ustawodawczych. *Psychiatria Polska, 59*(4), 679–696. https://doi.org/10.12740/PP/210181

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H. i Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 394*(10194), 240–248. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1

EGO-Evaluation for Government Organizations s.c. i Ośrodek Ewaluacji. (2022). *Raport końcowy z badania Innowacji społecznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. https://www.power.gov.pl/media/114679/Raport_podsumowujacy_badanie.pdf (dostęp: 1 września 2026 r.)

Eurostat. (2025a). *Beneficiaries of temporary protection at the end of the month by citizenship, age and sex (migr_asytpsm)* [zbiór danych]. Urząd Statystyczny Unii Europejskiej. https://doi.org/10.2908/MIGR_ASYTPSM (dostęp: 1 września 2026 r.)

Eurostat. (2025b). *Physicians by category (hlth_rs_physcat)* [zbiór danych]. Urząd Statystyczny Unii Europejskiej. https://doi.org/10.2908/HLTH_RS_PHYSCAT (dostęp: 31 lipca 2026 r.)

Fröding, E., Andersson Gäre, B., Westrin, Å. i Ros, A. (2021). Suicide as an incident of severe patient harm: A retrospective cohort study of investigations after suicide in Swedish healthcare in a 13-year perspective. *BMJ Open, 11*(3), e044068. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044068

Główny Urząd Statystyczny. (2023). *Prognoza ludności na lata 2023–2060.*

Główny Urząd Statystyczny. (2025a). *Sytuacja demograficzna Polski do 2024 r. Warszawa: GUS.* https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2024-r-,40,5.html

Główny Urząd Statystyczny. (2025b). *Zgony według przyczyn — zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu: samobójstwo* [zbiór danych, zmienna 75936, kategoria P1344]. Bank Danych Lokalnych. https://bdl.stat.gov.pl (dostęp: 1 września 2026 r.)

Goncerz, S., Depukat, A. i Tymiński, R. (2025). *Raport Porozumienia Rezydentów OZZL dot. dyżurów całodobowych w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych (sygn. 41/ZPR/2025, 5 października 2025 r.).* Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Grupa Robocza Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. (2025). *Rekomendacje w sprawie zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych — pełny pakiet rekomendacji.* https://przelomczp.pl/rekomendacje.pdf (dostęp: 30 lipca 2026 r.)

Instytut Pokolenia. (2023). *Poczucie samotności 2023* [raport z badania]. Fundacja Instytut Pokolenia. Baza danych: https://dane.gov.pl/pl/dataset/3777

Kessler, R. C. i Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health, 34*, 119–138. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409

Komenda Główna Policji. (2026). Zamachy samobójcze od 2017 roku [zbiór danych, aktualizacja 2026]. Statystyka Policji. https://statystyka.policja.pl (dostęp: 27 lipca 2026 r.)

Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J.-P. i Revet, A. (2021). Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 51*(14), 2321–2336. https://doi.org/10.1017/S0033291721003366

Lawrance, E., Thompson, R., Fontana, G. i Jennings, N. (2021). *The impact of climate change on mental health and emotional wellbeing: Current evidence and implications for policy and practice (Grantham Institute Briefing Paper No. 36).* Grantham Institute – Climate Change and the Environment, Imperial College London. http://hdl.handle.net/10044/1/88568

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. i Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445–452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R. i van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(4), 312–317. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341

Lenkiewicz, K. i Depukat, A. (w druku). *Procedura współpracy Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych: rekomendacje standardu*.

Lewandowska, A. (2026). *Raport roczny Konsultant Krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży za rok 2025.*

Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V. i Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe, 36*, 100773. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773

Maybery, D. i Reupert, A. E. (2018). The number of parents who are patients attending adult psychiatric services. *Current Opinion in Psychiatry, 31*(4), 358–362. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000427

McGorry, P., Bates, T. i Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry, 202*(s54), s30–s35.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku [MOPR Gdańsk]. (2016). *Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi*. Projekt „Gdański model deinstytucjonalizacji usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi", Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, Działanie 4.1 Innowacje społeczne. https://www.power.gov.pl/media/104073/Gdansk.pdf (dostęp: 1 września 2026 r.)

Minister Zdrowia. (2025). *Obwieszczenie z dnia 30 grudnia 2025 r. w sprawie krajowego planu transformacji.* Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, poz. 106.

Moskalewicz, J. i Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań — EZOP II".* Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Narodowy Fundusz Zdrowia. (2026). *Rekomendacja AOTMiT i 35 tys. aneksów do podpisu przez NFZ* [komunikat].

National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. (2026). *Annual report 2026: UK patient and general population data 2013–2023.* University of Manchester. https://sites.manchester.ac.uk/ncish/reports/annual-report-2026/ (dostęp: 1 września 2026 r.)

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management (Clinical guideline CG113).* https://www.nice.org.uk/guidance/cg113

National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). *Bipolar disorder: Assessment and management (Clinical guideline CG185).* https://www.nice.org.uk/guidance/cg185

National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (Clinical guideline CG178).* https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services (NICE guideline NG43).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng43

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis (NICE guideline NG181).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng181

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NICE guideline NG222).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

Panel Ariadna. (2025). *Zmęczeni, zdemotywowani i na skraju wypalenia zawodowego.* Praca Polaków w soczewce [badanie z 5–8 września 2025 r., N = 1 138, kier. D. Maison]. Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna. https://panelariadna.pl/news/zmeczeni-zdemotywowani-i-na-skraju-wypalenia-zawodowego-praca-polakow-w-soczewce

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O'Neill, K. i Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: Principles and policy recommendations. *The Lancet, 402*(10402), 656–666. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2

Plass-Christl, A., Haller, A.-C., Otto, C., Barkmann, C., Wiegand-Grefe, S., Hölling, H., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U. i Klasen, F. (2017). Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PLoS ONE, 12*(7), e0180410. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180410

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M. i Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin, 40*(1), 28–38. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114

Rowiński, T. i Depukat, A. (2026a). *Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego*. Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. https://doi.org/10.66081/pfhy8450

Rowiński, T. i Depukat, A. (2026b). Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego. Suplement. Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. https://doi.org/10.66081/zowz3569

Rzecznik Praw Obywatelskich. (2025). *Uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (nr UD274) — pismo do Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2025 r. (sygn.* V.7016.150.2025). https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-zdrowie-psychiczne-projekt-nowelizacji-mz

Signorini, G., Singh, S. P., Boricevic Marsanic, V., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franić, T., Gerritsen, S. E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F., O'Hara, L., Purper-Ouakil, D., Paul, M., Russet, F., Santosh, P., Schulze, U., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., … de Girolamo, G. (2018). The interface between child/adolescent and adult mental health services: Results from a European 28-country survey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(4), 501–511. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1112-5

Singh, S. P., Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Weaver, T., McLaren, S., Hovish, K., Islam, Z., Belling, R. i White, S. (2010). Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *The British Journal of Psychiatry, 197*(4), 305–312.

Stenberg, K., Lauer, J. A., Gkountouras, G., Fitzpatrick, C. i Stanciole, A. (2018). Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery. *Cost Effectiveness and Resource Allocation, 16*, 11. https://doi.org/10.1186/s12962-018-0095-x

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care.* Routledge.

UCE Research i ePsycholodzy.pl. (2024). *Polacy na granicy wypalenia zawodowego* [badanie CAWI, N = 1 008 dorosłych pracujących]. UCE Research.

Walby, F. A., Myhre, M. Ø. i Kildahl, A. T. (2018). Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services, 69*(7), 751–759. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475

Weissman, M. M., Berry, O. O., Warner, V., Gameroff, M. J., Skipper, J., Talati, A., Pilowsky, D. J. i Wickramaratne, P. (2016). A 30-year study of 3 generations at high risk and low risk for depression. *JAMA Psychiatry, 73*(9), 970–977. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1586

World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0.*

World Health Organization. (2020). *Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity.*

World Health Organization. (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030.* World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

World Health Organization. (2021b). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches.*

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders (wyd. 3).*

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2023). *Integrating mental health in primary health care: Part 3.* Toolkit for integration of mental health in primary health care. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. https://applications.emro.who.int/docs/9789292740948-eng.pdf

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. (2023). *Absencja chorobowa w 2022 roku.* Warszawa: ZUS. https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. (2025a). *Absencja chorobowa w 2024 roku.* Warszawa: ZUS. https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. (2025b). *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do*

pracy w 2024 r. Warszawa: ZUS. https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spolecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy

Wykaz aktów prawnych

Stan prawny na 1 września 2026 r.

Ustawy

Ustawa z dnia 1 października 2024 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 1572 ze zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 156 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 650).

Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692 ze zm.).

Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. — Karta Nauczyciela (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 515).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. — Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 795).

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. — Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 236).

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 200 ze zm.).

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnym poradnictwie obywatelskim oraz edukacji prawnej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 44).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 917).

Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078).

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 515 ze zm.).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 639 ze zm.).

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. — Prawo oświatowe (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 820 ze zm.).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1673 ze zm.).

Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 110 ze zm.).

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 165 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 884).

Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. z 2025 r. poz. 620 ze zm.).

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 662 ze zm.).

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1684 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.).

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 980).

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 2151).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 37 ze zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 149 ze zm.).

Rozporządzenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 712 ze zm.).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta" (Dz.U. z 2023 r. poz. 1870).

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 173).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. z 2019 r. poz. 605 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 249).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 383).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1798).

Projekty aktów prawnych

Projekt ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami (druk sejmowy nr 1929 z 4 listopada 2025 r.; równolegle procedowane druki nr 316 i 1933). Ustawa nie została uchwalona.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (nr UD274 w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów; Ministerstwo Zdrowia, październik 2025 r.).

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacji opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych prowadzących centra zdrowia psychicznego. Akt dotychczas nieogłoszony; centra zdrowia psychicznego działają nadal na podstawie rozporządzenia o programie pilotażowym.

Akty prawa Unii Europejskiej

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1, ze sprostowaniami).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2025/327 z dnia 11 lutego 2025 r. w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia oraz zmiany dyrektywy 2011/24/UE i rozporządzenia (UE) 2024/2847 (Dz.Urz. UE L, 2025/327 z 5.03.2025, ze sprostowaniami).

Wykaz nie obejmuje przepisów proponowanych w niniejszym opracowaniu — nowych art. 5b–5g oraz rozdziałów 1a i 1b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o zawodzie asystenta zdrowienia ani podstawy prawnej dla lokalnej analizy zdarzenia. Ich pełne zestawienie zawiera Tabela 16.

AUTORZY

Anna Depukat

dr n. med., lekarka, specjalistka psychiatrii dorosłych, w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży. Łączy wieloletnią praktykę kliniczną z doświadczeniem menedżerskim oraz działalnością ekspercką w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, gdzie pełni m.in. funkcję kierownika Sekcji ds. Jakości Dokumentacji Medycznej i Wsparcia Procesów Wdrożeniowych, a także koordynuje standardy ochrony nieletnich. Jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz absolwentką studiów MBA in Health Care. Pełniła funkcje kierownicze i dyrektorskie w placówkach psychiatrycznych, w tym kierowała Biurem ds. pilotażu NPOZP (od października 2021 do lutego 2024) przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz była jego dyrektorem naczelnym. Najdłużej związana ze Szpitalem Klinicznym im. dr J. Babińskiego w Krakowie. Od lat współpracuje z WHO, Ministerstwem Zdrowia oraz instytucjami krajowymi i zagranicznymi przy projektowaniu i wdrażaniu systemowych rozwiązań w psychiatrii. Uczestniczyła w pracach polskiej prezydencji w Radzie UE, wnosząc wkład merytoryczny do „Konkluzji Rady w sprawie promowania i ochrony zdrowia psychicznego dzieci i nastolatków w erze cyfrowej” (RUE, dok. 9069/25).

Współpracowała z WHO m.in. przy przeglądach dowodów naukowych dot. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w środowisku cyfrowym oraz oceny pilotażu CZP. Jako członkini Prezydium Zarządu Głównego PTP wspiera reformę psychiatrii i upowszechnianie wiedzy o jej efektach. W Zespole ds. zmian systemowych w CZP (Dz.Urz. Min. Zdr. 2024.123) współtworzyła model docelowy i ścieżkę wdrożenia CZP do 2027 r., we współpracy z MZ, NFZ, AOTMiT i OSCZP; działa też w Radzie ds. Zdrowia Psychicznego przy MZ i w regionalnych radach w Małopolsce i Krakowie.

Autorka i współautorka publikacji naukowych, wykładowczyni akademicka, uczestniczka i organizatorka międzynarodowych projektów, wizyt studyjnych oraz forów eksperckich w Europie. Jej zainteresowania zawodowe koncentrują się na organizacji opieki psychiatrycznej, zdrowiu publicznym, suicydologii i profilaktyce zdrowia psychicznego. W swojej pracy konsekwentnie łączy perspektywę kliniczną z myśleniem systemowym, angażując się w transformację polskiej psychiatrii.

Tomasz Rowiński

Psycholog, ekspert w dziedzinie zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży i dorosłych, zaangażowany w rozwój i reformę systemów wsparcia psychicznego. Twórca pierwszego środowiskowego centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, którego model koordynacji międzysektorowej został implementowany w wielu regionach Polski. Za ten innowacyjny projekt otrzymał nagrodę środowiska psychiatrów „Złotą Synapsę”. Autor

i współautor ponad kilkudziesięciu publikacji naukowych oraz prelegent na ponad 100 konferencjach naukowych i branżowych. Ekspert współpracujący ze Światową Organizacją Zdrowia oraz UNICEF, gdzie opracowywał procedury wsparcia psychologicznego i pedagogicznego dla dzieci w kryzysie psychicznym. Doktor nauk społecznych z psychologii, absolwent studiów MBA w ochronie zdrowia, co umożliwiło zdobycie zaawansowanych kompetencji w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Adiunkt w Szkole Głównej Handlowej. Stworzył i zarządzał uniwersyteckim podmiotem leczniczym zajmującym się leczeniem zaburzeń psychicznych. Współpracuje z wieloma organizacjami pozarządowymi, w tym pacjenckimi oraz Kongresem Zdrowia Psychicznego. Ekspert w Zespole ds. analizy sytuacji, w których małoletnich poniósł śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu przy Ministrze Sprawiedliwości, członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia oraz członek Mazowieckiej Rady Oświaty, członek Zespołu ds. reformy pomocy społecznej przy Ministrze Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wnosi wkład w rozwój polityki zdrowia psychicznego na szczeblu krajowym i regionalnym. Aktywnie działa na rzecz opracowywania procedur postępowania dla specjalistów wspierających dzieci z trudnościami psychicznymi.

Tadeusz Jędrzejczyk

dr n. med., specjalista zdrowia publicznego, obecnie Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, adiunkt Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej GUM. W latach 2008-2009 i 2013-2016 w Narodowym Funduszu Zdrowia, w tym 2014-2016 pełnił funkcję Prezesa. Pełnił funkcję Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku (2010-2013). V-ce Prezydent Zarządu European Public Health Alliance (kadencja 2024-25)

Uczestnik prac zespołów realizujących krajowe i międzynarodowe programy badawcze, interwencyjne i szkoleniowe, w tym w programach PHARE, Polskiego Projektu 400 Miast i Zdrowego Powietrza. Autor i współautor kilkudziesięciu prac naukowych, raportów i monografii oraz pozycji popularnych z zakresu zdrowia publicznego, epidemiologii i organizacji ochrony zdrowia.

WSPARCIE KONSULTACJA I RECENZJA

Paweł Zagożdżon

prof. dr hab. n. med., jest kierownikiem Zakładu Higieny i Epidemiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz specjalistą psychiatrą. Łączy praktykę kliniczną z działalnością naukową w obszarze epidemiologii psychiatrycznej, zdrowia publicznego i medycyny opartej na faktach. Jest autorem i współautorem licznych publikacji dotyczących

epidemiologii klinicznej, psychiatrii, farmakoepidemiologii oraz społecznych uwarunkowań zdrowia psychicznego. Prowadził badania nad oceną jakości życia, wykorzystaniem rejestrów lekowych w psychiatrii, epidemiologią zaburzeń psychicznych oraz wpływem czynników społecznych na zdrowie, w tym nad umieralnością osób po utracie pracy w wieloletnim badaniu kohortowym mieszkańców Gdańska i powiatu gdańskiego.

Jego zainteresowania naukowe obejmują również psychofarmakologię, psychiatrię środowiskową, zdrowie psychiczne populacji oraz zagadnienia związane z dezinformacją zdrowotną i rolą religijności oraz duchowości w psychiatrii. Przed rozpoczęciem pracy akademickiej zdobył doświadczenie w organizacji i nadzorowaniu badań klinicznych III i IV fazy, co pozwala mu łączyć doświadczenie kliniczne z zaawansowanymi kompetencjami metodologicznymi w projektowaniu i ocenie badań medycznych. Obecnie pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie psychiatrii w województwie pomorskim.

Piotr Stoń

kierownik CZP w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie. Lekarz, specjalista psychiatra i specjalista terapii środowiskowej, certyfikowany psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Należy do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej, w którego zarządzie zasiada. Aktualnie przewodniczy Filii Pomorskiej Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, jest także członkiem Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Urzędzie Marszałkowskim w Gdańsku.

W 2024 roku został wyróżniony odznaką honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia", przyznaną przez Ministrę Zdrowia. Uczestnik licznych szkoleń, konferencji i warsztatów z zakresu psychiatrii i psychoterapii, bierze aktywny udział w ogólnopolskich działaniach zmierzających do reformy i poprawy opieki psychiatrycznej w Polsce w kierunku wdrożenia modelu środowiskowego.

Jacek Jamróz

kierownik CZP w Starogardzie Gdańskim

Magdalena Piekarec

zastępca ds. lecznictwa CZP w Słupsku

Jacek Stasiuk

dr n. med. zastępca ds. medycznych Srebrzysko

Krzysztof Sikorski

menedżer ochrony zdrowia. Od sierpnia 2013 roku pełni funkcję dyrektora Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku W przeszłości związany był ze strukturami samorządowymi, sprawując m.in. funkcję zastępcy prezydenta miasta Słupska.

Jest absolwentem studiów Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, co pozwala mu na efektywne zarządzanie strategiczne placówkami medycznymi. Jako dyrektor słupskiego centrum aktywnie wdraża i promuje nowoczesny model psychiatrii środowiskowej, stawiający na deinstytucjonalizację opieki i wsparcie pacjentów w ich codziennym otoczeniu. Pod jego kierownictwem placówka skutecznie pozyskuje fundusze unijne oraz realizuje kluczowe projekty rozwojowe, w tym rozbudowę infrastruktury o nowoczesne oddziały dzienne i poradnie dla dzieci oraz młodzieży. Angażuje się również w ogólnopolski dialog nad reformą systemu ochrony zdrowia psychicznego.