



**Rekomendacje Grupy roboczej
*Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia
na rzecz realizacji Narodowego Programu
Ochrony Zdrowia Psychicznego w sprawie zmian
systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych*
Część 1. Lista kontrolna dotycząca rozwiązań ustawowych**

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

Streszczenie. Przedstawiony dokument zawiera rekomendacje dotyczące zmian ustawowych związanych z środowiskową reformą systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Jest przedstawiony w formie listy kontrolnej ułatwiającej ocenę postępu lub braku postępu w zakresie proponowanych zmian. Wyraża stanowisko proreformatorskich ruchów społecznych skupionych wokół Kongresu Zdrowia Psychicznego oraz Porozumienia na rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Słowa kluczowe: reforma opieki psychiatrycznej, regulacje ustawowe, centrum zdrowia psychicznego

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

(Preambuła ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)

Wprowadzenie

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

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

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

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

Planowane jest przygotowanie przez Grupę roboczą analogicznego opracowania dotyczącego standardu organizacyjnego w CZP, który jest określany przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia (Warszawa, 27 stycznia 2025 roku).

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

	<i>Istotnym argumentem na rzecz powołania Ośrodka jest nie tylko konieczność koordynacji działań w okresie transformacji (reformowania) opieki psychiatrycznej w kierunku modelu środowiskowego, ale także zapewnienie zorganizowanego zaplecza eksperckiego dla Ministerstwa Zdrowia w zakresie kreowania i realizacji polityki zdrowotnej dotyczącej zdrowia psychicznego. Nie bez znaczenia jest także potrzeba koordynacji działań z innymi sektorami i politykami szczegółowymi państwa.</i>
1.3	Wyspecjalizowana opieka psychiatryczna Wprowadza się wyspecjalizowaną opiekę psychiatryczną realizowaną w formie specjalistycznych programów zdrowotnych oraz odrębne finansowanie uniwersyteckich klinik psychiatrycznych spełniających określone w ustawie warunki. Szczegółowe warunki oraz wykaz klinik finansowanych na odrębnych zasadach określa rozporządzenie wydane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Specjalistyczne programy zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień stanowią szczególną, określoną w ustawie formę programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Specjalistyczne programy zdrowotne realizuje NFZ na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt specjalistycznego programu zdrowotnego opracowuje Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego we współpracy z właściwymi towarzystwami naukowymi. Komentarz: <i>Wyspecjalizowana opieka psychiatryczna (specjalistyczne programy zdrowotne) stanowi konieczne uzupełnienie oferty terapeutycznej sieci CZP zapewniające leczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych wymagających swoistych form terapii (np. zaburzenia odżywiania, ciężkie zaburzenia osobowości czy inne szczególnie uporczywe zaburzenia psychiczne) i realizowanych przez placówki dysponujące odpowiednią kadrą i doświadczeniem, w tym np. szpitale psychiatryczne jednoprofilowe.</i> <i>Uzupełnieniem systemu na poziomie wyspecjalistycznym są uniwersyteckie kliniki psychiatryczne, które z uwagi na charakter realizowanych zadań wymagają odrębnych zasad finansowania.</i>
1.4	Zadania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) Określa się zadania podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowym modelu ochrony zdrowia psychicznego. Komentarz: <i>Konieczność określenia zadań POZ wynika z Narodowego Programu ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).</i> <i>Jest to określone w NPOZP w ramach celu głównego: „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb”; celu szczegółowego 1a: „upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej”; pkt 6 (zadanie dla ministra zdrowia).</i> <i>Sprawa ta wymaga regulacji na poziomie ustawowym, a także odpowiedniego aktu wykonawczego.</i>
1.5	Współdziałanie z pomocą społeczną i ośrodkami wsparcia Określa się zasady i sposób współdziałania CZP z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, podmiotami realizującymi aktywizację społeczno-zawodową oraz wsparcie dla rodzin. Komentarz: <i>Konieczność określenia ww. zagadnień wynika z Narodowego Programu ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).</i>

	<i>Jest określone w NPOZP w ramach celu głównego (nr 1): „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb”; celu szczegółowego (1f): „skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy”; pkt 2 (zadanie dla Ministra Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw rodziny).</i> <i>Sprawa ta wymaga regulacji na poziomie ustawowym, a także odpowiednich aktów wykonawczych.</i>
1.6	Powiatowa Rada Zdrowia Psychicznego Rada powiatu może utworzyć powiatową radę zdrowia psychicznego. Rada ma charakter konsultacyjny, doradczy oraz inicjatywny i funkcjonuje na analogicznych zasadach jak powiatowa rada seniorów. Powiatowa rada zdrowia psychicznego składa się m. in.: – z przedstawicieli osób z doświadczeniem problemów zdrowia psychicznego oraz ich rodzin i bliskich; – podmiotów i organizacji działających na terenie powiatu na rzecz osób doświadczającym problemów zdrowia psychicznego (CZP, pomoc społeczna, instytucje aktywizacji zawodowej itp.) oraz – środowisk i organizacji działających na rzecz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki (w tym oświaty). Komentarz: Ustawa o samorządzie powiatowym przewiduje możliwość utworzenia m. in. powiatowej rady seniorów – mającej charakter konsultacyjny, doradczy i inicjatywny (art. 3f). <i>Istnieją mocne przesłanki na rzecz tworzenia analogicznych rad poświęconych zdrowiu psychicznemu na poziomie społeczności lokalnej. Rady powinny przyczynić się do aktywizacji środowisk lokalnych w różnych działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Celem rad powinno być m. in. sygnalizowanie potrzeb osób doświadczających problemów zdrowia psychicznego poprzez opiniowanie i konsultowanie decyzji lokalnych władz, a także inicjowanie i podejmowanie lokalnych działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki, a także integracji społecznej.</i>
1.7	Harmonogram wdrażania Wdrożenie nowych rozwiązań systemowych na obszarze całego kraju nastąpi w terminie dwóch lat od wejścia w życie ustawy. Ustawa określa zasady funkcjonowania opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych na obszarach działania CZP od dnia wejścia jej w życie do czasu rozpoczęcia realizacji umowy przez odpowiednie CZP. Komentarz: Doświadczenia płynące z realizacji pilotażu pozwalają na przyjęcie założenia, że okres dwóch lat powinien wystarczyć na objęcie obszaru całego kraju siecią CZP. Konieczne jest jednak przyjęcie rozwiązań zapewniających funkcjonowanie w okresie przejściowym. Nie jest bowiem możliwe jednoczesne rozpoczęcie funkcjonowania nowego modelu na wszystkich obszarach działania CZP.
2.	Organizacja CZP
2.1	CZP jako zakład leczniczy CZP jest zakładem leczniczym podmiotu leczniczego. CZP zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi pow. 18 r.ż. zamieszkałym na obszarze swojego działania (patrz pkt. 4.1–4.4) kompleksową i zintegrowaną opiekę psychiatryczną realizowaną w postaci pięciu podstawowych form pomocy: doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej i szpitalnej.

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

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

2.7	Wybór kierownika CZP W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko kierownika CZP w trybie określonym w ustawie o działalności leczniczej. Z kandydatem wybranym w drodze konkursu nawiązuje się stosunek pracy albo zawiera umowę cywilno-prawną na 6 lat. Komentarz: Jest to uzupełnienie wykazu stanowisk w podmiotach niebędących przedsiębiorcami, na które przeprowadza się konkurs zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (art. 49 ust. 1).
2.8	Punkty Zgłoszeniowo-Koordynacyjne (PZK) Określa się zadania i sposób funkcjonowania Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych oraz kwalifikacje wymagane od osób udzielających pomocy w ramach PZK. Na jeden PZK nie powinno przypadać więcej niż 80 tys. osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP.
2.9	Opieka czynna Określa się definicję i zasady sprawowania opieki czynnej. Osoby z zaburzeniami psychicznymi objęte w CZP opieką czynną mają wyznaczonego koordynatora opieki. Ustawa określa zasady koordynacji, wymagane kwalifikacje i zadania koordynatora, a także maksymalną liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi objętych wsparciem przez jednego koordynatora. Koordynator opieki nie może udzielać innych świadczeń opieki zdrowotnej (dotyczy określonych godzin, w których wykonuje zadania na stanowisku koordynatora). Komentarz: Funkcja koordynatora opieki wymaga uregulowania na poziomie ustawowym. Odpowiednie regulacje dotyczące koordynatorów w innych obszarach opieki zdrowotnej zawarte są np. w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej (art. 26 i 27) czy ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej (art. 2 pkt 4 i in.).
2.10	Asystenci zdrowienia Zatrudnianie w CZP asystentów zdrowienia ma charakter obligatoryjny. Asystenci zdrowienia są pracownikami działalności podstawowej CZP. Komentarz: Minister właściwy do spraw zdrowia ogłosił informację o włączeniu kwalifikacji rynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (M.P. 2022 poz. 581). Stanowi to pierwszy krok we wprowadzaniu nowego zawodu do opieki psychiatrycznej. Przebieg pilotażu wskazuje na konieczność odpowiedniej regulacji ustawowej.
2.11	Czas udzielania pomocy Określony jest maksymalny termin udzielania: – pomocy w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym – niezwłocznie po zgłoszeniu – świadczenia lekarza psychiatry w przypadku pilnym – 3 dni od zgłoszenia.
3.	Jakość
3.1	Standard organizacyjny Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, standard organizacyjny opieki zdrowotnej w CZP, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

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

	Komentarz: <i>Pomiar jakości opieki zdrowotnej z wykorzystaniem wskaźników jest uregulowany w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (art. 2). Stosowanie wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej, w związku ze specyfiką tego obszaru, wymaga jednak regulacji szczególnych.</i>
4.	Wojewódzki plan obszarów działania CZP
4.1	Przygotowanie i zatwierdzenie planu Wojewódzki plan obszarów działania CZP sporządza wojewoda, a zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia. Plan w razie potrzeby podlega aktualizacji. Ustawa określa zasady, tryb i kryteria, którymi kieruje się wojewoda przy sporządzaniu wojewódzkiego planu, a także przy jego aktualizacji. Przy sporządzaniu projektu planu wojewoda bierze pod uwagę m.in. obszary działania CZP określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów województwa, prezesowi NFZ, wojewódzkiej radzie dialogu społecznego oraz wojewódzkiemu konsultantowi w dziedzinie psychiatrii do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag wynoszącym 30 dni. Minister właściwy do spraw zdrowia przed zatwierdzeniem wojewódzkiego planu zasięga opinii Rady do spraw Zdrowia Psychicznego. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewódzki plan wojewoda ogłasza, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Komentarz: <i>Powierzenie wojewodzie zadania sporządzenia wojewódzkiego planu obszarów działania CZP umożliwia ominięcie potencjalnego konfliktu interesów, który mógłby mieć miejsce w przypadku powierzenia tego zadania władzom samorządowym (jednostki samorządu terytorialnego są właścicielami podmiotów leczniczych).</i> <i>Warto zauważyć, że wojewoda sporządza już m.in. wojewódzki plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego czy wojewódzki plan transformacji, które są zatwierdzane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.</i>
4.2	Zawartość planu Wojewódzki plan obszarów działania CZP obejmuje m. in.: • obszary działania CZP; • miejscowość lub miejscowości, w których zlokalizowane są Punkty Zgłoszeniowo-Koordynacyjne; • podmioty lecznicze, które mogą zapewnić pomoc doraźną i leczenie szpitalne w przypadku, gdy podmiot leczniczy prowadzący CZP nie posiada w swojej strukturze oddziału psychiatrycznego (potencjalni podwykonawcy).
4.3	Określanie obszaru działania CZP Obszar działania CZP obejmuje jednostkę/i podziału administracyjnego kraju lub tzw. delegaturę (dzielnice m. st. Warszawy oraz dawne dzielnice miast: Krakowa, Łodzi, Poznania i Wrocławia). W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców obszar działania może obejmować określone jednostki pomocnicze gminy lub określone ulice.

	Komentarz: Jest to zgodne z kierunkiem określonym w nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 2015 r. (art. 5a), zgodnie z którym „Podmiot leczniczy prowadzący Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej”. Ustawa o samorządzie gminnym przewiduje możliwość tworzenia jednostek pomocniczych, takich jak np. dzielnice, osiedla i in. (art. 5). W dużych miastach funkcjonowanie jednostek pomocniczych jest regułą. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia ws. zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych konieczne będzie wprowadzenie zmian dot. zakresu przekazywanych przez świadczeniodawców danych. Chodzi o przekazywanie poza kodem gminy (TERC) również kodu ulicy (ULIC) i nr budynku – systemu TERYT.
4.4	Liczebność populacji pod opieką CZP Liczba mieszkańców pow. 18 r.ż. na obszarze działania CZP powinna wynosić od 50 tys. do 150 tys. Liczba mieszkańców może być mniejsza o 5 tys. od dolnej granicy albo większa o 15 tys. od górnej granicy za zgodą ministra właściwego zdrowia wydaną po zasięgnięciu opinii Rady Zdrowia Psychicznego na umotywowany wniosek wojewody przed sporządzeniem projektu planu lub projektu jego aktualizacji. Tryb określa ustawa. W przypadku miast pow. 200 tys. mieszkańców pow. 18 r.ż. górna granica mieszkańców obszaru działania CZP może wynosić 200 tys. za zgodą Ministra Zdrowia na analogicznych zasadach jw. Komentarz: Doświadczenie pilotażu CZP pokazuje, że duża liczba mieszkańców (np. sięgająca 200 tys.) powoduje utrudnienia w funkcjonowaniu CZP i pociąga za sobą potrzebę funkcjonalnego podziału jego działalności. Dlatego granica 150 tys. mieszkańców powinna być przekraczana wyjątkowo. Z ustawy powinna wynikać silna rekomendacja dla wojewodów na rzecz tworzenia w miastach/dzielnicach liczących 180–250 tys. mieszkańców mniejszych obszarów działania CZP obejmujących jednostki pomocnicze gminy lub określone ulice.
5.	Zawieranie umów
5.1	Tryb zawierania umów Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP zawierane są w trybie rokowań. Wprowadza się regulacje szczególne dotyczące tych postępowań. Celem postępowania jest wybór najkorzystniejszej oferty zapewniającej kompleksową i zintegrowaną opiekę psychiatryczną realizowaną w pięciu podstawowych formach pomocy: doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej i szpitalnej dla osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP. Szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu ws. zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia. Komentarz: Zgodnie z art. 143 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań następuje w przypadkach określonych w ustawie. Przypadki te określa art. 144. Konieczne jest dodanie kolejnej przesłanki – postępowania ws. zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP.

	<i>Ponieważ w modelu opieki środowiskowej obowiązuje w całym kraju jednolita stawka roczna na osobę a umowa nie określa liczby udzielanych świadczeń – kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty nie jest cena ani liczba świadczeń, lecz przede wszystkim jej wartość merytoryczna. To m.in. powoduje konieczność przyjęcia kilku regulacji szczególnych.</i> <i>Szczegółowe kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty określi odrębne rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia. Obecnie obowiązujące rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na treść delegacji ustawowej, nie jest właściwe do uregulowania tej kwestii</i>
5.2	Zgodność umów z wojewódzkim planem obszarów CZP W postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP uwzględnia się wytyczne zatwierdzonego wojewódzkiego planu obszarów działania CZP, w odniesieniu do obszaru terytorialnego objętego danym postępowaniem, tj. obszaru działania CZP oraz lokalizacji PZK i ewentualnych podwykonawców w zakresie pomocy doraźnej i szpitalnej.
5.3	Zapraszanie do zawierania umów W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia NFZ wysyła zaproszenia do podmiotów leczniczych, które w dniu wejścia w życie ustawy udzielały świadczeń opieki psychiatrycznej (bez leczenia uzależnień) obejmujących co najmniej trzy formy pomocy spośród pięciu form, o których mowa art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (doraźna [izba przyjęć], ambulatoryjna, dzienna, środowiskowa i szpitalna). Miejsce udzielania tych świadczeń powinno być zlokalizowane na obszarze działania, dla którego prowadzone jest postępowanie, określone w zatwierdzonym wojewódzkim planie obszarów działania CZP, z zastrzeżeniem dot. pomocy doraźnej i szpitalnej (patrz pkt 2.2). W przypadku braku podmiotów spełniających powyższe warunki zaproszenia wysyłane są do podmiotów, które udzielały świadczeń obejmujących dwie formy pomocy (na dzień wejścia ustawy w życie).
5.4	Umowy w przypadku równorzędnych ofert W przypadku ofert uznanych w wyniku postępowania za równorzędne w odniesieniu do kryteriów oceny, umowę zawiera się z podmiotem, który był realizatorem programu pilotażowego w CZP (jeśli dotyczy).
6.	Ryczałt na populację
6.1	Sposoby finansowania Wprowadza się dwa sposoby finansowania CZP: 1) ryczałt na populację; 2) płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej. Ryczałt na populację jest sposobem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej udzielanych przez CZP osobom pow. 18 r.ż. zamieszkałym na jego obszarze działania. Płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej dotyczy świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom niezamieszkałym na obszarze działania (w tym udzielonych na podstawie przepisów UE o koordynacji). Płatność za wykonane świadczenia dotyczy także wybranych świadczeń z zakresu leczenia uzależnień niezależnie od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.

	Wykaz świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych płatnością za wykonane świadczenie (finansowanych poza ryczałtem) jest określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (rozporządzenie koszykowe).
6.2	Ryczałt na populację Ryczałt na populację obejmuje zakres świadczeń psychiatrycznych CZP określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (rozporządzenie koszykowe).
6.3	Ryczałt na populację – wyjątki Ryczałt na populację nie obejmuje: • świadczeń z zakresu leczenia uzależnień; • świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży; • świadczeń psychiatrii sądowej; • świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz • świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Ryczałt na populację nie obejmuje także świadczeń wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej realizowanej w formie specjalistycznych programów zdrowotnych oraz świadczeń udzielanych przez uniwersyteckie kliniki psychiatryczne znajdujące się w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia i posiadających odrębne umowy z NFZ (patrz punkt 1.3)
6.4	Obliczanie ryczałtu na populację Ryczałt na populację stanowi iloczyn liczby osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP i stawki rocznej na osobę. W stosunku do mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie zlokalizowanych na obszarze działania Centrum stawka roczna na osobę jest zwiększana 3,1-krotnie. Nie różnicuje się ryczałtu na populację w zależności od tego, czy CZP posiada oddział szpitalny w swojej strukturze czy nie też go nie posiada. CZP nieposiadające w swojej strukturze oddziału szpitalnego musi mieć zawartą umowę na podwykonawstwo w zakresie opieki szpitalnej. Przez liczbę świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia zamieszkałą na obszarze działania Centrum rozumie się liczbę świadczeniobiorców powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP, według stanu na dzień 31 grudnia dwa lata wstecz, ustaloną przez Prezesa Głównego Urzędu. W przypadku braku możliwości określenia tej liczby przez Prezesa GUS (np. gdy obszar działania CZP jest mniejszy niż jednostka podziału terytorialnego kraju) – przyjmuje się liczbę określoną przez burmistrza, prezydenta miasta lub starostę powiatu właściwego ze względu na obszar działania CZP na wniosek właściwego dyrektora OW NFZ. Liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej, o których mowa wyżej, ustala się według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, na który jest określana wysokość ryczałtu na populację. Liczbę tę ustala dyrektor OW NFZ na podstawie danych uzyskanych od dyrektorów domów pomocy społecznej.

6.5	Dostosowanie stawki rocznej na osobę Stawka roczna za osobę podlega zwiększeniu proporcjonalnemu do wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, określonych w planie finansowym NFZ. Stawka roczna i ryczałt na populację podlega aktualizacji w okresach półrocznych. Ustawa określa mechanizm korekty rocznej następującej po ustaleniu ostatecznego planu finansowego NFZ na dany rok.
6.6	Przysięże zróżnicowanie stawki rocznej na osobę Z początkiem roku następującego po upływie 5 lat od wejścia w życie ustawy wprowadza się zróżnicowane stawki rocznej na osobę pomiędzy poszczególnymi obszarami działania CZP uwzględniając: – wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych; – wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń udzielanych osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi; – ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej (dot. tzw. ciężkich zaburzeń psychicznych), w porównaniu z grupą odniesienia. Po wprowadzeniu powyższego zróżnicowania – stawka roczna na osobę w danym roku nie może być niższa niż wysokość tej stawki w ostatnim okresie roku poprzedniego po uwzględnieniu zwiększenia zgodnie z zasadami, o których mowa wyżej (patrz pkt 6.5). Minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia szczegółowy tryb i kryteria ustalania stawki rocznej na osobę, w tym odpowiedni algorytm. Komentarz: <i>Proponowane rozwiązanie jest wzorowane na mechanizmie podziału środków na województwa określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 118 ust. 3 tej ustawy liczbę ubezpieczonych w danym oddziale wojewódzkim dzieli się na grupy według wieku i płci, natomiast ze świadczeń zdrowotnych wydziela się dwie grupy świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeń specjalistycznych i pozostałych. Algorytm podziału środków bierze zatem pod uwagę liczbę ubezpieczonych z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego określonych grup ubezpieczonych w zakresie danej grupy świadczeń w porównaniu z grupą odniesienia.</i> <i>W proponowanym rozwiązaniu w miejsce świadczeń specjalistycznych z mechanizmu podziału środków na województwa wprowadza się świadczenia psychiatryczne udzielane osobom z tzw. ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.</i> <i>Ciężkie zaburzenia psychiczne (ang.: severe mental disorders, severe mental illness, serious mental illness) wg WHO obejmują w szczególności takie zaburzenia, jak: schizofrenia, zaburzenia afektywne dwubiegunowe czy ciężkie zaburzenia depresyjne. Mają one zazwyczaj przewlekły przebieg i są często przyczyną znacznej niepełnosprawności. Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi żyją średnio krócej o 10–20 lat niż ogół populacji. W publikacjach Komisji Europejskiej podkreśla się, że zapewnienie długoterminowej opieki psychiatrycznej dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest jednym z głównych wyzwań dla reformy systemów ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych krajach.</i>

6.7	Migracji pacjentów i dostosowanie stawki rocznej na osobę CZP finansuje koszty świadczeń z zakresu świadczeń psychiatrycznych CZP (patrz punkt 6.2) udzielonych osobom pow. 18 r.ż. zamieszkałym na jego obszarze działania przez CZP działające na innych obszarach działaniach (tzw. migracje pacjentów). W takiej sytuacji NFZ pomniejsza odpowiednio w odstępach miesięcznych kwotę ryczałtu na populację. Dyrektor OW NFZ przekazuje podmiotowi leczniczemu prowadzącemu CZP szczegółową informację o kwocie pomniejszenia, w tym o liczbie i wartości poszczególnych produktów rozliczeniowych udzielonych przez poszczególnych świadczeniodawców przed dokonaniem pomniejszenia. Kwota pomniejszenia dotyczy wyłącznie świadczeń z zakresu objętego ryczałtem na populację. Komentarz: <i>Stanowi to kontynuację rozwiązań stosowanych w okresie pilotażu CZP. Pomniejszenie ryczałtu dotyczy jedynie świadczeń udzielonych przez CZP działające na innych obszarach działania. Zakłada się, że wdrożenie zmian systemowych po zakończeniu pilotażu CZP doprowadzi do realizacji jednej umowy na obszarze działania zawartej z podmiotem prowadzącym CZP. Pozostałe placówki opieki psychiatrycznej otrzymają gwarancję kontynuacji udzielania świadczeń na dotychczasowych warunkach w ramach umowy o podwykonawstwo.</i> <i>Warto podkreślić, że NFZ będzie zawierał umowy w zakresie opieki psychiatrycznej wyłącznie z CZP. Zastrzeżenie to nie dotyczy specjalistycznych programów zdrowotnych, uniwersyteckich klinik psychiatrycznych, psychiatrii sądowej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.</i>
6.8	Świadczenia poza ryczałtem CZP otrzymuje w okresach miesięcznych płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej finansowane poza ryczałtem, w tym udzielone świadczeniobiorcom zamieszkującym poza obszarem działania Centrum oraz wybrane świadczenia leczenia uzależnień określone w rozporządzeniu koszykowym. Roczna wartość tych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom nowo objętym opieką lub objętym opieką po rocznej przerwie po 31 grudnia 2024 r. – nie może przekroczyć 10% rocznej wartości ryczałtu na populację bez pomniejszeń. Ograniczenie to nie obejmuje wybranych świadczeń leczenia uzależnień (patrz pkt 6.1). Komentarz: <i>Ograniczenie to nie dotyczy pacjentów, którzy kontynuują leczenie w CZP i u jego podwykonawców lub przerwa w ich leczeniu była krótsza niż 12 miesięcy.</i>
6.9	Ceny jednostkowe za świadczenia Przy rozliczaniu świadczeń, o których mowa wyżej (pkt 6.7 i 6.8) przyjmuje się ceny jednostkowe dla poszczególnych świadczeń ustalone na dany rok przez Prezesa NFZ w uzgodnieniu z reprezentatywnymi organizacjami zrzeszającymi podmioty lecznicze prowadzące CZP w terminie do 31 grudnia roku poprzedniego. Reprezentatywnymi są organizacje zrzeszające co najmniej 30% podmiotów leczniczych prowadzących CZP. Ustawa określa tryb, terminy poszczególnych etapów i zasady procesu negocjacji. W przypadku braku uzgodnienia w terminie, o którym mowa wyżej, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ceny jednostkowe dla poszczególnych świadczeń na dany rok, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów z CZP.

6.10	Zarządzanie funduszem finansowym CZP Środki przekazywane przez NFZ w ramach umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym CZP (ryczałt na populację po pomniejszeniach + płatności za wykonane świadczenia) co najmniej w 95% w okresie rocznym mogą być przeznaczone wyłącznie na: koszty funkcjonowania CZP, w tym amortyzację środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych; podatki, opłaty i inne obowiązkowe obciążenia. Niewykorzystane środki otrzymane z NFZ powyżej 5% łącznej otrzymanej kwoty w okresie rocznym podlegają zwrotowi w okresie 6 miesięcy po zakończeniu roku. Komentarz: <i>Finansowanie w drodze ryczałtu na populację wymaga wprowadzenia zasady, że środki publiczne otrzymywane w ramach umowy z NFZ są przeznaczone na finansowanie kosztów funkcjonowania CZP. Pozostawienie marginesu 5% łącznej kwoty do dyspozycji podmiotu prowadzącego wynika z potrzeby zachowania racjonalności ekonomicznej.</i>
------	--

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz.U. z 2017 r., poz. 458).
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz.U. z 2023 r., poz. 2480).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 875 ze zm.).
5. Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Instytut Psychiatrii i Neurologii. Raporty końcowe w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za lata: 2018, 2019, 2020, 2021.
6. Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego – założenia projektu. Warszawa: Instytut psychiatrii i Neurologii; 2020.
7. Anczewska M, Balicki M, Drożdżikowska A, Gorczyca P, Janus J, Paciorek S, Plisko R, Zięba M. Analiza świadczeń psychiatrycznych dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009–2018. *Psychiatr. Pol.* 2022; 56(4): 729-749.
8. Balicki M, Fiutak A, Gardocka T. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Warszawa 2024.
9. Balicki M. Analiza udzielonych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w pierwszym okresie funkcjonowania pilotażu. Materiały z konferencji Biura do spraw Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2 października 2020 r.
10. Balicki M. O pilotażu w Centrach Zdrowia Psychicznego. *Psychiatria po Dyplomie* 2020; 4, 5, 6.

11. Biechowska D, Cechnicki A, Godyń J, Balicki M, Wciórka J, Ciuńczyk I, Galińska-Skok B. Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego. *Psychiatr. Pol.* 2022; 56(2): 205–216.
12. Cechnicki A, Nowak A, Arciszewska-Leszczuk A, Stankiewicz P, Kalisz A, Hat M. Obciążenie opiekunów osób chorujących na schizofrenię a nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcja z leczenia pacjentów leczonych w ZŁŚ. *Psychiatr. Pol.* 2023; 57(1): 19–33.
13. Cechnicki A, Bielańska A. Wpływ wczesnej psychospołecznej interwencji na odległe kliniczne wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(1): 45–61.
14. Cechnicki A, Liberadzka A. Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(6): 995–1005.
15. Hat M, Arciszewska-Leszczuk A, Cechnicki A. Satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w modelu pilotażowym i opiece tradycyjnej. *Psychiatr. Pol.* 2023; 57(1): 35–50.
16. John E, Peter von S, Schwarz J, Timm J, Heinze M, Ignatyev Y. Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – Assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 278. DOI: 10.1186/s12888-018-1861-1
17. Lisiecka-Bielanowicz M, Biechowska D, Molenda B. Funkcjonowanie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w Polsce w czasie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. *Psychiatr. Pol.* 2023; 57(3): 637–645.
18. Peter von S, Ignatyev Y, John E, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B i wsp. Evaluation of flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – A mixed-method patient and staff-oriented exploratory study. *Front. Psychiatry* 2019; 9: 785. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00785
19. Pieters G, Ruud T, Weeghel van J, Bähler M, Murphy B, Shields-Zeeman L, Keet R. Zdrowienie dla wszystkich w społeczności lokalnej. Ucząc się od siebie nawzajem. Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego. Warszawa: Instytut psychiatrii i Neurologii; 2021.
20. Pużyński S, Namysłowska I. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2003; 12 (4): 517–520.
21. Sagan A, Kowalska-Bobko I, Biechowska D, Rogala M, Gałazka-Sobotka M. Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 5774. DOI: 10.3390/ijerph19095774
22. Schwarz J, Cechnicki A, Godyń J, Galbusera L, Biechowska D, Galińska-Skok B, Ciuńczyk I, Ignatyev Y, Muehlensiepen F, Soltmann B, Timm J, Peter Sv, Balicki M, Wciórka J and Heinze M. Flexible and Integrative Psychiatric Care Based on a Global Treatment Budget: Comparing the Implementation in Germany and Poland. *Front. Psychiatry* 2022, 12:760276. DOI: 10.3389/fpsy.2021.760276.
23. Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford – New York 2011.
24. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej opieki psychiatrycznej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.
25. Van Os J, Scheepers F, Milo M, Ockeloen G, Guloksuz S, Delespaul P. “It has to be better, otherwise we will get stuck.” A Review of Novel Directions for Mental Health Reform and Introducing Pilot Work in the Netherlands. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2023; 19. DOI: 10.2174/0117450179271206231114064736

26. Wciórka J. (red.) Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014.
27. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2000; 9(3): 319–337.
28. Wciórka J, Świtaj P, Anczewska M. The sense of empowerment in the early stage of recovery from psychosis *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2015; 7(3): 249–260, DOI: 10.1080/17522439.2014.910253
29. Załuska M. Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2006; 15(4): 277–285.

Opracowanie nierecenzowane.

Nadesłano 10.03.2025 r.

Autor do korespondencji: Jacek Wciórka

e-mail: jwciorka@ipin.edu.pl