

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO 4.0 NA LATA 2026-2035

Opracował zespół redakcyjny ChatGPT+DB (10 kwietnia 2026 roku)

WPROWADZENIE Z UZASADNIENIEM

do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2035 oraz do projektowanych aktów wykonawczych wdrażających model opieki psychiatrycznej opartej na wartościach

1. Wyjaśnienie potrzeby i celu wydania aktu

Potrzeba wydania nowej wersji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wynika z tego, że polski system opieki psychiatrycznej rozwijał się dotąd w dwóch porządkach, które nie zostały ze sobą w pełni uzgodnione. Z jednej strony polityka publiczna, dokumenty strategiczne i deklaracje państwa coraz wyraźniej wskazywały kierunek środowiskowy, prawa pacjenta, potrzebę koordynacji oraz odchodzenie od opieki opartej głównie na izolowanych pobytach stacjonarnych. Z drugiej strony praktyczna organizacja, kontraktowanie i rozliczanie opieki wciąż były w dużej mierze kształtowane przez logikę koszyka świadczeń, zakresów kontraktowych, odrębnych komórek organizacyjnych i sprawozdawanych produktów. Powstało więc napięcie między deklarowanym celem systemu a rzeczywistym mechanizmem jego działania.

W praktyce oznacza to, że system często mówi językiem zdrowienia, integracji i środowiskowości, ale działa językiem osobodni, porad, zakresów i komórek organizacyjnych. W takim układzie program publiczny łatwo staje się katalogiem intencji, a nie narzędziem rzeczywistej przebudowy systemu. NPOZP 4.0 ma odwrócić tę sytuację. Ma być nie tylko programem kierunkowym, ale również osią, wokół której zostaną uporządkowane standard organizacyjny, rozporządzenie koszykowe oraz sposób finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Istotą proponowanej zmiany jest przejście od modelu komórkowo-produktowego do modelu populacyjno-funkcjonalnego. Model komórkowo-produktowy organizuje system wokół pytania: jakie świadczenie, w jakiej komórce, według jakiej stawki, zostało wykonane. Model populacyjno-funkcjonalny organizuje system wokół innego pytania: jak dla określonej populacji mieszkańców zapewnić dostępność, ciągłość, adekwatność, bezpieczeństwo i mierzalny wynik opieki. To nie jest korekta techniczna. To jest zmiana ustroju operacyjnego opieki psychiatrycznej publicznej.

Projektowany Program ma zatem realizować pięć celów jednocześnie. Po pierwsze, ma stać się dokumentem polityki publicznej wyznaczającym kierunek państwa. Po drugie, ma stanowić ramę odpowiedzialności instytucjonalnej. Po trzecie, ma być podstawą standardu organizacyjnego opieki psychiatrycznej. Po czwarte, ma wyznaczać logikę finansowania. Po piąte, ma stworzyć podstawę pomiaru jakości i wartości zdrowotnej. Dopiero łączne powiązanie tych warstw daje szansę, by reforma opieki psychiatrycznej nie była zbiorem odrębnych inicjatyw, lecz spójną zmianą systemową.

2. Geneza i rozwój kolejnych edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

2.1. Edycja I – lata 2011–2015

Pierwsza edycja NPOZP została ustanowiona rozporządzeniem Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. Był to ważny krok, ponieważ po raz pierwszy państwo w sposób całościowy opisało ochronę zdrowia psychicznego jako zadanie publiczne wymagające koordynacji wielu obszarów, a nie tylko leczenia szpitalnego. Sama obecność programu miała znaczenie konstruktywne. Po pierwsze, wzmacniała rangę zdrowia psychicznego jako obszaru polityki publicznej. Po drugie, porządkowała język celów i zadań. Po trzecie, otwierała drogę do myślenia o deinstytucjonalizacji, działaniach środowiskowych i współpracy między ochroną zdrowia a pomocą społeczną.

Konstruktywne w pierwszej edycji było to, że program próbował przesunąć środek ciężkości z opieki wyłącznie instytucjonalnej ku bardziej zróżnicowanym formom wsparcia. Brakowało mu jednak kilku elementów decydujących o sprawczości. Nie wskazywał jednoznacznie operatora odpowiedzialnego za wynik dla populacji. Nie posiadał dostatecznie domkniętego powiązania z kontraktowaniem i rozliczaniem świadczeń. Nie wprowadzał spójnego systemu pomiaru jakości, który pozwalałby stwierdzić, czy system rzeczywiście poprawia zdrowie, funkcjonowanie i doświadczenie pacjentów. Innymi słowy: pierwszy program był ważnym krokiem aksjologicznym i kierunkowym, ale nie był jeszcze pełną architekturą wykonawczą reformy.

2.2. Edycja II – lata 2017–2022

Druga edycja NPOZP została ustanowiona rozporządzeniem Rady Ministrów z 8 lutego 2017 r. W tej edycji wyraźniej zaakcentowano upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki. W wymiarze kierunkowym był to krok bardzo istotny, ponieważ program został osadzony w czasie, gdy dojrzewało przejście od deklaracji środowiskowości do prób organizacyjnego wdrożenia tego modelu, czego praktycznym wyrazem stał się później pilotaż centrów zdrowia psychicznego.

Konstruktywny element drugiej edycji polegał na tym, że państwo zaczęło mówić nie tylko o potrzebie ochrony zdrowia psychicznego, ale o potrzebie zmiany modelu opieki. Program wzmacniał kierunek środowiskowy, bardziej jednoznacznie sygnalizował potrzebę odchodzenia od nadmiernej instytucjonalizacji i tworzył klimat dla reformy dorosłej opieki psychiatrycznej środowiskowej.

Nadal jednak brakowało tego, co z perspektywy ustrojowej jest najważniejsze: wyraźnego potęczenia programu z nowym standardem organizacyjnym i z nową logiką finansowania. Program wskazywał kierunek, ale nie przeprojektowywał jeszcze samego mechanizmu działania systemu. W dalszym ciągu system był rozpięty między celem środowiskowym a finansowaniem opartym głównie na produktach. W efekcie druga edycja bardziej wspierała reformę, niż ją konstytuowała.

2.3. Edycja III – lata 2023–2030

Trzecia edycja NPOZP została ustanowiona rozporządzeniem Rady Ministrów z 30 października 2023 r. Program ten utrzymuje cele dotyczące zapewnienia wielostronnej opieki adekwatnej do potrzeb oraz przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji. W warstwie programowej jest to dokument dojrzalszy od pierwszej edycji i bardziej osadzony w doświadczeniach wcześniejszych reform, w tym doświadczeniach rozwoju opieki psychiatrycznej środowiskowej.

Konstruktywne w trzeciej edycji jest to, że program nie wycofał się z kierunku środowiskowego, nie wrócił do czysto instytucjonalnego myślenia o opiece psychiatrycznej i nadal ujmuje ochronę zdrowia psychicznego jako obszar działań szerszych niż sama medycyna. Problem polega jednak na tym, że również ta edycja nie domknęła do końca relacji między warstwą programową, warstwą organizacyjną i warstwą finansowania. Nadal istnieje ryzyko, że program będzie miał charakter kierunkowy, a realna logika systemu pozostanie zdeterminowana przez reguły kontraktowania i rozliczania świadczeń. Innymi słowy: trzecia edycja jest ważna i potrzebna, ale nadal nie stanowi pełnej ustrojowej odpowiedzi na problem rozproszenia odpowiedzialności, dominacji logiki produktowej i niedostatecznego pomiaru rzeczywistych efektów opieki.

2.4. Wniosek z analizy porównawczej trzech edycji

Pierwsza edycja była ważna jako deklaracja polityczna i aksjologiczna. Druga była ważna jako wzmocnienie środowiskowego kierunku reformy. Trzecia utrwaliła ten kierunek i osadziła go w bardziej dojrzałym doświadczeniu systemowym. Każda z tych edycji wносиła element konstruktywny. Każdej jednak brakowało jednego rozstrzygającego elementu: przełożenia celu programu na spójny mechanizm organizacyjny, kontraktowy i jakościowy.

NPOZP 4.0 ma być pierwszą edycją, która nie tylko opisuje kierunek reformy, ale projektuje jej docelową architekturę. Ma łączyć to, co w poprzednich programach było wartościowe, z tym, czego w nich brakowało: z jednoznacznym przypisaniem odpowiedzialności, z opisem modelu organizacyjnego, z etapowym modelem finansowania i z pomiarem wartości zdrowotnej.

3. Analiza porównawcza: model komórkowo-produktowy a model opieki psychiatrycznej opartej na wartościach

3.1. Czym jest model komórkowo-produktowy

Model komórkowo-produktowy wyrósł z porządku administracyjno-rozliczeniowego. Jego podstawową jednostką nie jest człowiek i jego ścieżka opieki, lecz komórka organizacyjna i produkt sprawozdawczy. W takim systemie pytanie podstawowe brzmi: jaka usługa została wykonana, przez kogo, w jakiej komórce i według jakiej stawki może zostać rozliczona. Ten model ma swoją użyteczność techniczną. Ułatwia katalogowanie świadczeń, budżetowanie i kontrolę formalną. Problem polega na tym, że z czasem przestaje być jedynie narzędziem rozliczeniowym, a zaczyna niejawnie definiować sam system opieki.

W opiece psychiatrycznej jest to szczególnie niebezpieczne. Zaburzenia psychiczne nie przebiegają według logiki prostych, jednorazowych procedur. Kryzys psychiczny, psychoza, ciężka depresja, nawracające zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości

czy zaburzenia neurorozwojowe wymagają zwykle sekwencji działań rozłożonych w czasie, z różną intensywnością, z udziałem różnych profesjonalistów i różnych instytucji. Model komórkowo-produktowy widzi te elementy jako osobne odcinki. Nie widzi dobrze całości przebiegu opieki.

3.2. Czym jest model opieki psychiatrycznej opartej na wartościach

Model opieki psychiatrycznej opartej na wartościach wychodzi z innego założenia. Nie pyta w pierwszej kolejności o to, jaki produkt został wykonany, lecz o to, jaki wynik zdrowotny, funkcjonalny i doświadczeniowy został osiągnięty dla osoby doświadczającej kryzysu psychicznego i dla populacji, przy wykorzystaniu określonych zasobów. W tym modelu podstawową kategorią nie jest komórka organizacyjna ani produkt rozliczeniowy, ale ścieżka opieki i odpowiedzialność za jej wynik zdrowotny.

W praktyce oznacza to kilka zmian. Po pierwsze, punktem odniesienia staje się populacja mieszkańców danego obszaru, a nie wyłącznie zbiór rozliczonych świadczeń. Po drugie, istotne staje się domknięcie ścieżki opieki: pierwszy kontakt, ocena potrzeb, leczenie, wsparcie środowiskowe, kontakt po wypisie, rehabilitacja i integracja społeczna. Po trzecie, konieczny staje się pomiar efektów zdrowotnych: nie tylko objawowych, ale również funkcjonalnych i związanych z doświadczeniem pacjenta. Po czwarte, finansowanie ma wspierać tę logikę, a nie ją rozbijać.

3.3. Kluczowa różnica między modelami

Model komórkowo-produktowy odpowiada na pytanie: „co zostało wykonane?”. Model opieki psychiatrycznej opartej na wartościach odpowiada na pytanie: „co zostało osiągnięte dla pacjenta i populacji?”.

Model komórkowo-produktowy premiuje aktywność sprawozdawczą. Model oparty na wartościach ma premiować adekwatność, ciągłość, skuteczność i bezpieczeństwo.

Model komórkowo-produktowy łatwo prowadzi do segmentacji. Model oparty na wartościach wymaga integracji.

Model komórkowo-produktowy dobrze widzi jednostki rozliczeniowe. Model oparty na wartościach musi dobrze widzieć osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, rodzinę, przebieg opieki i wynik zdrowotny.

4. Analiza problemów systemowych i strukturalnych w obecnej opiece psychiatrycznej

4.1. Problem fragmentacji

Najgłębszym problemem systemowym obecnego porządku jest fragmentacja. Pacjent często trafia nie do jednego systemu opieki, lecz do wielu słabo połączonych części systemu. Osobno działa ambulatoryjna opieka psychiatryczna, osobno leczenie środowiskowe, osobno oddział dzienny, osobno leczenie całodobowe, osobno rehabilitacja psychospołeczna, a jeszcze osobno wsparcie społeczne, edukacyjne i zawodowe. To rozdzielenie powoduje, że pacjent i rodzina muszą często sami przenosić odpowiedzialność pomiędzy instytucjami.

Fragmentacja ma kilka następstw praktycznych. Pogarsza dostępność, bo nie ma jednego punktu realnego przejęcia odpowiedzialności. Pogarsza ciągłość, bo po wypisie czy po zakończeniu jednego etapu leczenia nie zawsze następuje płynne wejście w kolejny. Pogarsza jakość, bo system nie ma jednego miejsca, w którym można ocenić całość przebiegu opieki. Wreszcie zwiększa koszty, bo część zasobów jest zużywana na kompensowanie braku koordynacji.

4.2. Problem ukrytej architektury koszyka

Drugi problem polega na tym, że rozporządzenie koszykowe, które z założenia miało być instrumentem określania świadczeń gwarantowanych, zaczęło w praktyce pełnić rolę niejawnego standardu organizacyjnego. Zamiast odpowiadać wyłącznie na pytanie, co podlega finansowaniu, zaczęło pośrednio odpowiadać także na pytanie, czym w ogóle jest system opieki psychiatrycznej. To jest błąd konstrukcyjny. Koszyk powinien opisywać finansowane elementy systemu, ale nie powinien samodzielnie konstytuować jego teorii organizacyjnej.

W obecnym stanie rzeczy koszyk i kontraktowanie wzmacniają wrażenie, że opieka psychiatryczna jest sumą odrębnych produktów wykonywanych w odrębnych komórkach. Tymczasem to, co jest technicznie wygodne dla rozliczeń, nie musi być dobre jako zasada organizacji leczenia i zdrowienia.

4.3. Problem nieadekwatnego pomiaru jakości

Trzeci problem polega na tym, że system zbyt słabo mierzy to, co naprawdę powinien mierzyć. W opieki psychiatrycznej sama liczba porad, hospitalizacji lub osobodni nie mówi jeszcze, czy pacjent funkcjonuje lepiej, czy kryzys został opanowany, czy rodzina rozumie plan dalszego postępowania, czy po wypisie utrzymano ciągłość, czy człowiek wrócił do szkoły, pracy lub relacji społecznych.

Nowoczesny system powinien mierzyć równocześnie jakość kliniczną, jakość z perspektywy pacjenta i jakość zarządczą. Jeżeli tego nie robi, łatwo osiągnąć wysoką aktywność sprawozdawczą przy niskiej wartości zdrowotnej.

4.4. Problem niedostosowania finansowania do rzeczywistej architektury opieki

Czwarty problem polega na tym, że finansowanie nie zostało jeszcze dostosowane do dojrzałości i docelowej architektury systemu. Docelowo powinno ono łączyć finansowanie populacyjne dla podstawowego strumienia opieki oraz finansowanie pakietowe dla wystandaryzowanych programów specjalistycznych. Obecnie jednak specjalistyczne programy terapeutyczne nie są jeszcze wystarczająco opracowane, uzgodnione i wdrożone, aby mogły stanowić dominującą podstawę kontraktowania. Z tego względu potrzebny jest model etapowy: najpierw silny fundament finansowania populacyjnego, a następnie stopniowy wzrost udziału finansowania pakietowego.

5. Problem agencyjności, czyli rozszczerzonej odpowiedzialności

5.1. Na czym polega problem

Jednym z najważniejszych problemów współczesnego systemu opieki psychiatrycznej jest problem agencyjności, czyli rozszczerzenia odpowiedzialności między aktorów, których cele i motywacje nie są w pełni tożsame. Państwo chce poprawy zdrowia

publicznego i realizacji celu społecznego. Narodowy Fundusz Zdrowia dąży do rozliczalności, kontroli kosztów i stabilności finansowej. Podmiot leczniczy dba o zasoby, kadry i płynność organizacyjną. Zespół kliniczny dąży do jak najlepszej pomocy konkretnemu pacjentowi. Samorząd odpowiada za część infrastruktury społecznej i lokalnych usług wspierających.

Każda z tych racjonalności jest zrozumiała, ale bez wspólnej architektury systemu prowadzi do rozjazdu celów. Wtedy każdy działa poprawnie ze swojej perspektywy, a mimo to całość może działać źle.

5.2. Jak problem agencyjności wygląda w praktyce

W praktyce problem agencyjności oznacza, że nikt nie jest w pełni odpowiedzialny za całość lokalnego wyniku opieki psychiatrycznej. Państwo nie prowadzi bezpośrednio ścieżek pacjentów. NFZ kontraktuje i kontroluje, ale sam nie organizuje opieki. Kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za organizację instytucji, ale nie zawsze za cały lokalny system. Zespół kliniczny odpowiada za proces leczenia, ale nie ma narzędzi do zarządzania międzyinstytucjonalną architekturą pomocy. Samorząd z kolei ma wpływ na otoczenie społeczne, ale nie kontraktuje świadczeń zdrowotnych.

Skutkiem jest system, w którym odpowiedzialność jest wszędzie i nigdzie zarazem. To właśnie trzeba domknąć.

5.3. Dlaczego potrzebny jest operator populacyjny

Rozwiązaniem problemu agencyjności jest wprowadzenie wyraźnego ośrodka odpowiedzialności na poziomie lokalnym. Tę rolę ma pełnić operator populacyjny. Nie jest nim rada zdrowia psychicznego, ponieważ rada ma charakter opiniotwórczo-koordynacyjny, a nie wykonawczy i kontraktowy. Operatorem populacyjnym powinien być podmiot zdolny realnie organizować opiekę dla określonej populacji, zawierać umowę z NFZ, korzystać z podwykonawców i być rozliczany z wyniku lokalnego. Najbliższym praktycznym odpowiednikiem jest podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego albo inna formalnie wyznaczona organizacja systemu lokalnego.

„Wynik lokalny” nie oznacza wyniku ekonomicznego organizacji. Oznacza łączny rezultat osiągnięty dla mieszkańców danego obszaru: dostępność, ciągłość, adekwatność, efekty zdrowotne, poziom funkcjonowania, doświadczenie pacjentów, bezpieczeństwo i racjonalność wykorzystania zasobów.

5.4. Rozdzielenie ról jako warunek porządku

Aby rozwiązać problem agencyjności, trzeba rozdzielić role. Państwo wyznacza cele i normy. Minister Zdrowia zapewnia ramy organizacyjne. NFZ kupuje opiekę według logiki wartości zdrowotnej. AOTMiT rozwija metody wyceny i oceny. Operator populacyjny odpowiada za wynik lokalny. Kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za zasoby, personel i bezpieczeństwo organizacyjne. Kierownik CZP albo inny operator zarządczy odpowiada za organizację ścieżek, koordynację i integrację. Zespół kliniczny odpowiada za jakość procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Rada zdrowia psychicznego wspiera współpracę międzysektorową, ale nie jest operatorem wykonawczym.

To rozdzielenie nie rozbija systemu. Przeciwnie – dopiero ono czyni go odpowiedzialnym.

6. Główne założenia NPOZP 4.0

NPOZP 4.0 powinien zostać oparty na pięciu zasadach naczelnych.

Po pierwsze, **na zasadzie odpowiedzialności populacyjnej**. System ma odpowiadać nie za liczbę wykonanych świadczeń, lecz za zdrowie psychiczne i przebieg opieki w określonej populacji.

Po drugie, **na zasadzie ciągłości ścieżki opieki**. Pacjent nie powinien poruszać się między odrębnymi produktami i segmentami, lecz być prowadzony w jednej ścieżce, której intensywność zmienia się zależnie od potrzeb.

Po trzecie, **na zasadzie adekwatności klinicznej i funkcjonalnej**. Pomoc ma być dostosowana do nasilenia problemu, poziomu ryzyka, kontekstu rodzinnego i społecznego oraz preferencji pacjenta.

Po czwarte, **na zasadzie wartości zdrowotnej**. System ma być oceniany przez relację osiągniętych efektów zdrowotnych, funkcjonalnych i doświadczeniowych do wykorzystanych zasobów.

Po piąte, **na zasadzie domkniętej odpowiedzialności instytucjonalnej**. Każdy poziom systemu ma mieć jasno przypisaną rolę i odpowiedzialność.

7. Model organizacyjny nowego programu

Nowy program powinien opierać się na trzech strumieniach funkcjonalnych.

Pierwszy strumień to **populacyjna i podstawowa opieka psychiatryczna**. Obejmuje promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę, pierwszy kontakt, ocenę potrzeb, pomoc psychologiczną, ambulatoryjną opiekę psychiatryczną, podstawowe oddziaływania rodzinne, psychoedukację, koordynację ścieżki i środowiskowe oddziaływania o niskiej i umiarkowanej intensywności. To fundament całego systemu i dlatego jego podstawowym mechanizmem finansowania powinno być finansowanie populacyjne w przeliczeniu na mieszkańca.

Drugi strumień to **specjalistyczne programy terapeutyczne**. Nie są to zwykłe „świadczenia specjalistyczne”, lecz ustrukturyzowane programy dla grup potrzeb o względnej jednorodności klinicznej i funkcjonalnej, z jasno określonymi kryteriami wejścia, przebiegiem, punktem oceny i miernikami efektów. Mogą dotyczyć pierwszego epizodu psychozy, złożonych zaburzeń lękowo-depresyjnych, nawracających zaburzeń afektywnych, zaburzeń osobowości, współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnień, zaburzeń odżywiania czy wybranych grup dzieci i młodzieży. Ich mechanizmem finansowania powinno być finansowanie pakietowe.

Trzeci strumień to **badania, innowacje, dydaktyka i rozwój jakości**. Bez tego system pozostaje bierny i reprodukuje własne ograniczenia. Ten strumień powinien finansować pilotaże, rozwój narzędzi pomiaru, szkolenia, superwizję i wdrażanie nowych metod pracy.

8. Dlaczego potrzebny jest model etapowy finansowania

W projektowanym modelu trzeba uwzględnić realny stan polskiego systemu. **Na obecnym etapie** nie istnieje jeszcze dostatecznie rozwinięty katalog specjalistycznych

programów terapeutycznych, które mogłyby stanowić szeroką podstawę finansowania pakietowego. Z tego powodu system powinien być budowany etapowo.

Na początku główną rolę musi odgrywać finansowanie populacyjne, ponieważ tylko ono pozwala zapewnić powszechny, stabilny i ciągły fundament opieki psychiatrycznej. Strumień podstawowy powinien obejmować podstawowe programy opieki psychiatrycznej dla głównych rodzajów zaburzeń psychicznych, realizowane w formule odpowiedzialności za populację.

Równolegle należy rozwijać specjalistyczne programy terapeutyczne. Program taki powinien mieć jasno określoną populację docelową, kryteria kwalifikacji, opis przebiegu, punkt oceny i mierniki efektów zdrowotnych oraz doświadczenia pacjenta. Dopiero po spełnieniu tych warunków powinien być finansowany pakietowo.

Docelowo system ma osiągnąć model mieszany: finansowanie populacyjne pozostaje trwałym fundamentem systemu, a finansowanie pakietowe obejmuje coraz większą część programów specjalistycznych.

9. Cele strategiczne NPOZP 4.0

Pierwszym celem strategicznym jest **poprawa zdrowia psychicznego populacji**. Obejmuje to promocję zdrowia, profilaktykę, ograniczanie czynników ryzyka, wczesne rozpoznawanie kryzysów i redukcję nierówności.

Drugim celem jest **zapewnienie ciągłej, zintegrowanej i adekwatnej opieki psychiatrycznej**. Obejmuje to organizację opieki środowiskowej, rozwój zespołów mobilnych, integrację leczenia ambulatoryjnego, dziennego, domowego i stacjonarnego oraz powiązanie opieki psychiatrycznej z pomocą społeczną, edukacją, rynkiem pracy i mieszkalnictwem wspieranym.

Trzecim celem jest **poprawa jakości klinicznej, jakości z perspektywy pacjenta oraz jakości zarządczej**. Obejmuje to pomiar efektów zdrowotnych, funkcjonowania, jakości życia, doświadczenia pacjenta i bezpieczeństwa.

Czwartym celem jest **przebudowa finansowania na model oparty na wartościach**. Obejmuje to finansowanie populacyjne, stopniowe wdrażanie pakietów terapeutycznych, komponent jakościowy oraz komponent rozwojowy.

Piątym celem jest **uporządkowanie odpowiedzialności instytucjonalnej i rozwiązanie problemu agencyjności**.

10. Przewidywane skutki nowego modelu

Projektowany model powinien poprawić dostępność, ciągłość i adekwatność opieki. Powinien wzmocnić opiekę środowiskową i ograniczyć część niepotrzebnej instytucjonalizacji. Powinien poprawić koordynację opieki po kryzysie psychicznym i po hospitalizacji. Powinien zwiększyć znaczenie rehabilitacji psychospołecznej, zatrudnienia wspomaganego i mieszkalnictwa wspieranego. W dłuższym okresie powinien prowadzić do bardziej racjonalnej alokacji środków publicznych przez ograniczenie części możliwych do uniknięcia hospitalizacji, readmisji i kosztów wynikających z fragmentacji systemu.

11. Konkluzja

NPOZP 4.0 powinien być pierwszym programem, który nie tylko wspiera reformę opieki psychiatrycznej, lecz konstytuuje jej docelowy model ustrojowy. Powinien zachować to, co było konstruktywne w trzech wcześniejszych edycjach: **rangę zdrowia psychicznego jako zadania publicznego, kierunek środowiskowy, wrażliwość na prawa człowieka oraz potrzebę współpracy międzysektorowej**. Jednocześnie powinien uzupełnić to, czego wcześniejszym edycjom brakowało: **domknięcie odpowiedzialności, jednoznaczny model organizacyjny, etapową architekturę finansowania oraz pomiar rzeczywistej wartości zdrowotnej**.

Najkrócej rzecz ujmując, proponowana zmiana polega na przejściu:

- z systemu świadczeń opieki zdrowotnej do systemu funkcji zdrowotnych,
- z rozproszonej odpowiedzialności do odpowiedzialności populacyjnej,
- z pomiaru produkcji świadczeń do pomiaru wartości zdrowotnej,
- z deklaracji środowiskowości do jej rzeczywistego zakorzenienia w organizacji i finansowaniu.

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO 4.0

NA LATA 2026-2035

(PROJEKT)

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2035

Na podstawie art. ... ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z ...) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2035, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do niniejszego rozporządzenia.

§ 2.

Program określa w szczególności:

1. cele i zadania państwa w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;
2. docelowy model organizacji opieki psychiatrycznej i wsparcia psychospołecznego;
3. zasady finansowania, oceny jakości i rozwoju opieki psychiatrycznej;
4. podział odpowiedzialności instytucjonalnej pomiędzy główne podmioty publiczne i wykonawcze;
5. wskaźniki służące ocenie realizacji celów Programu;
6. harmonogram wdrażania zmian;
7. zasady monitorowania, oceny i doskonalenia systemu.

ZAŁĄCZNIK (WERSJA BARDZIEJ OPISOWA)

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO 4.0

NA LATA 2026–2035

ROZDZIAŁ 1

ZAŁOŻENIA NACZELNE PROGRAMU

1.1. Charakter i rola Programu

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2035 jest podstawowym dokumentem państwa wyznaczającym kierunek rozwoju ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Program nie jest wyłącznie zbiorem ogólnych postulatów ani listą działań rozproszonych pomiędzy różnymi resortami i instytucjami. Jego zadaniem jest stworzenie wspólnej, spójnej i długofalowej podstawy dla organizacji, finansowania i oceny całego systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Program ma więc równocześnie kilka funkcji. Po pierwsze, jest dokumentem polityki publicznej, ponieważ określa cele, priorytety i kierunki działań państwa. Po drugie, jest ramą odpowiedzialności instytucjonalnej, ponieważ wskazuje, kto i za co odpowiada w systemie. Po trzecie, stanowi podstawę do wydania standardów organizacyjnych opieki psychiatrycznej. Po czwarte, wyznacza logikę modelu finansowania. Po piąte, tworzy podstawę systemu oceny jakości, efektów zdrowotnych oraz racjonalności wykorzystania środków publicznych.

1.2. Cel główny Programu

Celem głównym Programu jest trwała poprawa zdrowia psychicznego mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej przez stworzenie spójnego, dostępnego, środowiskowego i zintegrowanego systemu ochrony zdrowia psychicznego, opartego na wartościach zdrowotnych, poszanowaniu praw człowieka, ciągłości opieki oraz współpracy różnych sektorów życia publicznego.

Oznacza to, że system ma służyć nie tylko leczeniu objawów zaburzeń psychicznych, lecz także poprawie funkcjonowania osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, jakości jego życia, bezpieczeństwa, możliwości uczenia się, pracy, utrzymywania relacji społecznych i odzyskiwania samodzielności.

1.3. Zmiana logiki Programu

Dotychczasowe programy ochrony zdrowia psychicznego były w dużym stopniu formułowane jako zbiór kierunków działań i pożądaných intencji. Mówiły, co należałoby robić, ale słabiej odpowiadały na pytanie, jak zorganizować system, kto ma ponosić odpowiedzialność za jego wynik i według jakich zasad ma on być finansowany oraz oceniany.

Nowa wersja Programu odchodzi od takiego podejścia. Zamiast traktować ochronę zdrowia psychicznego jako sumę odrębnych działań, świadczeń i instytucji, Program ujmuje ją jako **zintegrowany system funkcji zdrowotnych realizowanych dla określonej populacji mieszkańców**. Innymi słowy, punktem wyjścia nie jest już

pojedyncze świadczenie ani pojedyncza komórka organizacyjna, lecz człowiek, jego potrzeby i ciągła ścieżka opieki, za którą ktoś musi ponosić rzeczywistą odpowiedzialność.

1.4. Trzy podstawowe cele systemowe

Program przyjmuje, że dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia psychicznego powinien realizować równocześnie trzy cele.

Pierwszym celem jest poprawa zdrowia psychicznego populacji, a więc ograniczanie występowania zaburzeń psychicznych, zmniejszanie ich nasilenia, zapobieganie kryzysom oraz poprawa codziennego funkcjonowania ludzi.

Drugim celem jest poprawa jakości opieki oraz doświadczenia pacjenta i jego bliskich. Chodzi o to, aby pomoc była nie tylko dostępna, ale też skuteczna, bezpieczna, godna, zrozumiała, skoordynowana i oparta na współdecydowaniu.

Trzecim celem jest racjonalne wykorzystanie zasobów publicznych. Oznacza to takie organizowanie systemu, aby środki publiczne były wydawane w sposób przynoszący rzeczywistą wartość zdrowotną, a nie wyłącznie wzrost liczby rozliczonych świadczeń.

ROZDZIAŁ 2

FUNDAMENT AKSJOLOGICZNY I ZASADY DZIAŁANIA SYSTEMU

2.1. Zasada odpowiedzialności za zdrowie określonej populacji

System ochrony zdrowia psychicznego powinien być organizowany w taki sposób, aby odpowiadał za stan zdrowia psychicznego określonej grupy mieszkańców, a nie tylko za wykonywanie pojedynczych działań lub świadczeń. Oznacza to przejście od logiki „ile świadczeń wykonano” do logiki „jakie efekty osiągnięto dla ludzi objętych opieką”.

2.2. Zasada ciągłości ścieżki opieki

Pomoc psychiatryczna nie powinna być postrzegana jako zbiór przypadkowych, słabo powiązanych wizyt, hospitalizacji i interwencji. Powinna tworzyć jedną ścieżkę opieki, która dostosowuje się do zmieniających się potrzeb osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. W praktyce oznacza to, że pacjent nie powinien być pozostawiany samemu sobie pomiędzy kolejnymi etapami leczenia ani po zakończeniu jednego rodzaju pomocy.

2.3. Zasada adekwatności klinicznej i funkcjonalnej

Rodzaj i intensywność pomocy powinny odpowiadać rzeczywistym potrzebom pacjenta. Wymaga to uwzględnienia nie tylko rozpoznania medycznego, ale także nasilenia objawów, ryzyka bezpieczeństwa, sytuacji rodzinnej, warunków mieszkaniowych, zdolności do pracy lub nauki oraz możliwości korzystania ze wsparcia społecznego.

2.4. Zasada wartości zdrowotnej

System powinien być oceniany według tego, jaką wartość przynosi ludziom i społecznościom. Wartość zdrowotna oznacza relację pomiędzy osiąganymi efektami zdrowotnymi, funkcjonalnymi i doświadczeniowymi a nakładami publicznymi

ponoszonymi na ich uzyskanie. Celem nie jest więc maksymalizacja liczby świadczeń, lecz maksymalizacja sensownych i mierzalnych korzyści zdrowotnych.

2.5. Zasada domkniętej odpowiedzialności instytucjonalnej

Każdy poziom systemu musi mieć jasno przypisaną odpowiedzialność. Państwo odpowiada za cele, normy i standardy. Minister Zdrowia odpowiada za ramy regulacyjne i nadzór. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za zakup opieki i powiązanie finansowania z jakością oraz efektami. Podmiot odpowiedzialny lokalnie za organizację opieki odpowiada za wynik zdrowotny i sprawność działania systemu na danym obszarze. Kierownictwo organizacyjne odpowiada za zasoby i bezpieczeństwo instytucji. Osoby kierujące ścieżkami opieki odpowiadają za koordynację. Zespoły kliniczne odpowiadają za jakość procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

2.6. Zasada pierwszeństwa opieki środowiskowej

Pomoc powinna być udzielana możliwie blisko miejsca życia pacjenta, rodziny i naturalnego środowiska społecznego. Leczenie stacjonarne ma istotne znaczenie, ale nie może stanowić głównego sposobu organizacji systemu. Powinno być stosowane wtedy, gdy jest rzeczywiście potrzebne i jako element większej, ciągłej ścieżki opieki.

2.7. Zasada poszanowania praw człowieka i godności

Cały system musi respektować autonomię, godność, bezpieczeństwo i prawo pacjenta do uczestniczenia w decyzjach dotyczących leczenia i wsparcia. W ochronie zdrowia psychicznego nie wolno utożsamiać skuteczności organizacyjnej z pomijaniem praw człowieka.

2.8. Zasada współdecydowania pacjenta i rodziny

Pacjent powinien być traktowany jako uczestnik procesu leczenia, a nie wyłącznie odbiorca oddziaływań. W miarę potrzeb i za zgodą pacjenta do planowania i realizacji opieki należy włączać rodzinę, opiekunów oraz osoby znaczące.

2.9. Zasada integracji międzysektorowej

Ochrona zdrowia psychicznego nie jest zadaniem wyłącznie ochrony zdrowia. Skuteczna pomoc wymaga współpracy systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, rynku pracy, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości, organizacji pozarządowych, organizacji samopomocowych i innych instytucji życia publicznego. Program ma służyć przelamywaniu silosów organizacyjnych i budowaniu wspólnej odpowiedzialności.

ROZDZIAŁ 3

CELE STRATEGICZNE PROGRAMU

3.1. Cel strategiczny pierwszy – poprawa zdrowia psychicznego populacji

Realizacja tego celu obejmuje rozwijanie działań promujących zdrowie psychiczne, zapobieganie kryzysom i zaburzeniom psychicznym, ograniczanie czynników ryzyka, wzmacnianie czynników ochronnych oraz zmniejszanie nierówności zdrowotnych pomiędzy grupami społecznymi i regionami kraju.

W praktyce oznacza to, że państwo i samorząd powinny inwestować nie tylko w leczenie, lecz także w działania zapobiegawcze, edukacyjne i wspierające. Program uznaje, że zdrowie psychiczne jest dobrem społecznym, a nie tylko sprawą indywidualnego pacjenta.

3.2. Cel strategiczny drugi – zapewnienie ciągłej, zintegrowanej i adekwatnej opieki

Cel ten polega na zorganizowaniu opieki w taki sposób, aby pacjent nie gubił się pomiędzy instytucjami i poziomami pomocy. Obejmuje to rozwój opieki środowiskowej, koordynację ścieżek, rozwój zespołów mobilnych, sprawne łączenie leczenia ambulatoryjnego, dziennego, domowego i stacjonarnego oraz tworzenie trwałych powiązań z pomocą społeczną, systemem edukacji, rynkiem pracy i mieszkalnictwem wspieranym.

3.3. Cel strategiczny trzeci – poprawa jakości klinicznej, jakości z perspektywy pacjenta oraz jakości zarządczej

Cel ten oznacza, że system ma być oceniany nie tylko przez liczbę świadczeń, ale przez rzeczywiste rezultaty. Jakość kliniczna dotyczy poprawy stanu zdrowia i funkcjonowania. Jakość z perspektywy pacjenta dotyczy doświadczenia opieki, poczucia szacunku, zrozumienia, bezpieczeństwa i współdecydowania. Jakość zarządcza dotyczy dostępności, ciągłości, koordynacji i racjonalnego wykorzystania zasobów.

3.4. Cel strategiczny czwarty – przebudowa finansowania opieki psychiatrycznej

Cel ten zakłada przejście od dominacji finansowania za pojedyncze świadczenia do modelu, w którym główny nacisk położony jest na finansowanie populacyjne podstawowego strumienia opieki, stopniowo uzupełniane finansowaniem pakietowym dla wyspecjalizowanych programów terapeutycznych oraz komponentem jakościowym i rozwojowym.

3.5. Cel strategiczny piąty – uporządkowanie odpowiedzialności instytucjonalnej

Cel ten zmierza do jasnego rozdzielenia funkcji normatywnych, finansowych, organizacyjnych, zarządczych i klinicznych. Ma on rozwiązać problem rozproszonej odpowiedzialności, w którym wiele instytucji uczestniczy w systemie, ale żadna nie ponosi pełnej odpowiedzialności za wynik dla mieszkańców danego obszaru.

ROZDZIAŁ 4

MODEL ORGANIZACYJNY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

4.1. Założenie podstawowe

System opieki psychiatrycznej jest organizowany jako system funkcji zdrowotnych realizowanych dla określonej populacji mieszkańców, a nie jako suma odrębnych komórek organizacyjnych, świadczeń i zakresów kontraktowych.

Oznacza to, że nadrzędną kategorią organizacyjną jest potrzeba zdrowotna osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz wynik opieki osiągnięty w skali populacji, a nie tylko techniczna możliwość rozliczenia konkretnej usługi.

4.2. Trzy strumienie funkcjonalne systemu

Strumień pierwszy – populacyjna i podstawowa opieka psychiatryczna

Jest to fundament całego systemu. Obejmuje działania promujące zdrowie psychiczne, działania profilaktyczne, pierwszy kontakt, ocenę potrzeb, pomoc psychologiczną, ambulatoryjną opiekę psychiatryczną, podstawowe oddziaływania rodzinne, psychoedukację, środowiskowe formy pomocy o niskiej i umiarkowanej intensywności oraz koordynację ścieżki opieki.

Na obecnym etapie rozwoju systemu strumień ten powinien obejmować podstawowe programy opieki psychiatrycznej dla głównych grup problemów zdrowia psychicznego. Ma on zapewnić, aby każda osoba mogła uzyskać pomoc możliwie wcześnie, blisko miejsca życia i bez zbędnego kierowania do najbardziej kosztownych i najbardziej restrykcyjnych form opieki.

Strumień drugi – specjalistyczne programy terapeutyczne

Są to ustrukturyzowane, wieloetapowe programy pomocy dla osób z bardziej złożonymi potrzebami zdrowotnymi. Programy te powinny mieć jasno określoną grupę docelową, kryteria kwalifikacji, plan leczenia, czas trwania, punkt oceny i mierniki efektów.

Mogą one dotyczyć na przykład pierwszego epizodu psychozy, nawracających zaburzeń afektywnych, złożonych zaburzeń lękowo-depresyjnych, zaburzeń osobowości wymagających dłuższej i uporządkowanej psychoterapii, współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnień, zaburzeń odżywiania czy wybranych grup dzieci i młodzieży z podwyższonym ryzykiem autoagresji.

Strumień trzeci – rozwój, badania i jakość

Ten strumień ma zapewnić, że system nie będzie tylko odtwarzał istniejących schematów, ale będzie zdolny do uczenia się i poprawy. Obejmuje on wdrażanie nowych metod terapeutycznych, pilotaże organizacyjne, rozwój narzędzi pomiaru jakości i efektów, szkolenia, superwizję, rozwój wsparcia rówieśniczego i inne działania służące doskonaleniu systemu.

ROZDZIAŁ 5

POZIOMY INTENSYWNOŚCI OPIEKI

System nie opiera się na sztywnych poziomach referencyjnych rozumianych jako odrębne światy organizacyjne. Opiera się na poziomach intensywności pomocy, pomiędzy którymi pacjent może przechodzić zależnie od potrzeb.

Poziom A obejmuje pomoc psychologiczną, wsparcie i działania o niższej intensywności, odpowiednie w lżejszych kryzysach oraz we wcześniejszych fazach trudności psychicznych.

Poziom B obejmuje ambulatoryjną opiekę psychiatryczną, w tym leczenie farmakologiczne, psychologiczne i psychoterapeutyczne, prowadzone w sposób planowy i zintegrowany.

Poziom C obejmuje intensywną opiekę środowiskową i kryzysową, w tym zespoły mobilne, leczenie domowe, opiekę dzienną, interwencję kryzysową oraz – gdy to konieczne – leczenie stacjonarne włączone w jedną ścieżkę opieki.

Poziom C+ obejmuje opiekę z oparciem społecznym, w tym rehabilitację psychospołeczną, wsparcie środowiskowe, mieszkalnictwo wspierane, zatrudnienie wspomagane, kluby zdrowienia i inne formy trwałego wsparcia w funkcjonowaniu.

Poziomy te mają charakter dynamiczny i wzajemnie przenikalny. Nie są hierarchią instytucji, lecz sposobem porządkowania intensywności pomocy.

ROZDZIAŁ 6

ARCHITEKTURA INSTYTUCJONALNA I PODZIAŁ ODPOWIEDZIALNOŚCI

6.1. Państwo

Państwo odpowiada za wyznaczanie celów publicznych, kierunku reformy, ram prawnych i podstawowych standardów. Jego zadaniem jest stworzenie spójnych warunków, w których system może działać w sposób uporządkowany, przewidywalny i zgodny z prawami człowieka.

6.2. Minister Zdrowia

Minister Zdrowia odpowiada za przygotowanie i wydawanie aktów wykonawczych, określanie standardów organizacyjnych, nadzór nad realizacją Programu oraz koordynację działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego na poziomie rządowym.

6.3. Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za finansowanie opieki w taki sposób, aby premiować zdrowie populacji, ciągłość opieki, jakość i racjonalność wykorzystania zasobów. Jego rola nie powinna ograniczać się do formalnego rozliczania świadczeń. Powinien on pełnić funkcję świadomego nabywcy opieki odpowiadającej rzeczywistym potrzebom.

6.4. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Agencja odpowiada za rozwój metod wyceny, oceny i porównywania rozwiązań organizacyjnych i terapeutycznych, a także za wspieranie budowy systemu mierzenia efektów zdrowotnych i jakości opieki.

6.5. Operator odpowiedzialny za populację

Na poziomie lokalnym musi istnieć podmiot, który realnie odpowiada za wynik zdrowotny populacji mieszkańców określonego obszaru oraz za organizację systemu opieki. Jest to podmiot wykonawczy i kontraktowy, a nie ciało doradcze. Odpowiada on za dostępność, ciągłość, koordynację, integrację z innymi podmiotami i wynik zdrowotny.

6.6. Osoba zarządzająca ścieżkami opieki

W strukturze operatora lokalnego musi być wyraźnie wyodrębniona funkcja odpowiadająca za organizację ścieżek opieki, koordynację przejść między formami pomocy, integrację współpracy i rozwiązywanie problemów organizacyjnych w codziennej praktyce.

6.7. Rada zdrowia psychicznego

Rada zdrowia psychicznego jest ciałem opiniodawczym, koordynacyjnym i międzysektorowym, którą tworzy samorząd wojewódzki lub powiatowy. Wspiera uzgadnianie celów lokalnych, przełamywanie silosów instytucjonalnych, analizę potrzeb, współpracę między instytucjami oraz monitorowanie funkcjonowania systemu. Nie jest jednak podmiotem odpowiedzialnym kontraktowo za wynik zdrowotny populacji.

ROZDZIAŁ 7

FINANSOWANIE SYSTEMU

7.1. Ogólne zasady finansowania

Finansowanie ochrony zdrowia psychicznego powinno wspierać zdrowie populacji, jakość opieki, ciągłość ścieżki oraz integrację działań zdrowotnych i społecznych. Nie może premiować wyłącznie liczby wykonanych świadczeń bez odniesienia do tego, czy przyniosły one rzeczywistą poprawę.

7.2. Struktura finansowania

System finansowania obejmuje:

1. budżet populacyjny, stanowiący fundament podstawowego strumienia opieki;
2. pakiety terapeutyczne dla wyspecjalizowanych programów;
3. korekty uwzględniające złożoność kliniczną i społeczną pacjentów;
4. komponent jakościowy powiązany z wynikami;
5. finansowanie rozwojowe służące innowacjom, szkoleniom i doskonaleniu jakości.

7.3. Etapowy charakter zmian

W początkowym okresie zasadniczą rolę powinno odgrywać finansowanie populacyjne. Wynika to z tego, że tylko ono pozwala objąć opieką całą populację mieszkańców i stworzyć trwały fundament systemu. W miarę dojrzewania systemu, opracowywania programów specjalistycznych i budowania narzędzi oceny, powinien rosnąć udział finansowania pakietowego i jakościowego.

Finansowanie populacyjne nie jest więc rozwiązaniem tymczasowym, które w przyszłości ma zostać usunięte. Jest ono trwałym fundamentem systemu, a zmianie ulegać ma jedynie proporcja pomiędzy nim a innymi mechanizmami.

ROZDZIAŁ 8

WSKAŹNIKI, POMIAR I OCENA SYSTEMU

8.1. Ocena jakości klinicznej

System powinien mierzyć, czy pacjentowi rzeczywiście poprawił się stan zdrowia psychicznego, czy zmniejszyło się nasilenie objawów, czy poprawiło się jego funkcjonowanie oraz jakość życia.

8.2. Ocena doświadczenia pacjenta i rodziny

Należy badać, czy pacjent czuł się traktowany z szacunkiem, czy rozumiał plan leczenia, czy miał możliwość współdecydowania, czy opieka była dla niego dostępna i zrozumiała oraz czy jego bliscy byli odpowiednio włączani do procesu pomocy.

8.3. Ocena jakości zarządczej

System powinien być oceniany również z punktu widzenia dostępności, ciągłości, koordynacji, adekwatności kierowania do różnych form pomocy i racjonalności wykorzystania zasobów.

8.4. Przykładowe wskaźniki

Do podstawowych wskaźników powinny należeć między innymi: czas do pierwszego kontaktu, ciągłość opieki po wypisie, liczba możliwych do uniknięcia readmisji, poprawa funkcjonowania, jakość życia, doświadczenie pacjenta, odsetek osób objętych opieką środowiskową, udział opieki stacjonarnej w całkowitych kosztach systemu oraz wskaźniki związane z bezpieczeństwem, w tym samobójstwa i ciężkie zdarzenia niepożądane.

ROZDZIAŁ 9

DZIECI I MŁODZIEŻ

System ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinien opierać się na zasadzie „braku błędnych drzwi”. Oznacza to, że rodzic, opiekun lub młoda osoba nie powinni ponosić ryzyka, że zgłoszą się „nie tam, gdzie trzeba”, i z tego powodu nie uzyskają pomocy albo zostaną pozostawieni bez koordynacji.

Niezależnie od punktu wejścia do systemu powinien istnieć wspólny mechanizm oceny potrzeb, ustalania dalszej ścieżki oraz przejęcia odpowiedzialności za jej prowadzenie. Szczególne znaczenie ma tu współpraca ochrony zdrowia, szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, pomocy społecznej i podmiotów wspierających rodzinę.

ROZDZIAŁ 10

INTEGRACJA MIĘDZYSEKTOROWA

Jednym z najważniejszych zadań Programu jest rozwiązanie problemu „silosów”, czyli sytuacji, w której poszczególne instytucje działają obok siebie, każda w swojej logice, bez dostatecznej współpracy i bez wspólnej odpowiedzialności za wynik.

Dlatego system ochrony zdrowia psychicznego musi obejmować trwałą współpracę między:

- ochroną zdrowia,
- pomocą społeczną,
- systemem oświaty,
- instytucjami rynku pracy,
- systemem mieszkalnictwa wspieranego,
- jednostkami samorządu terytorialnego,
- organizacjami pozarządowymi,
- organizacjami samopomocowymi i wspólnotami wsparcia.

Koordinacja tej współpracy powinna być realizowana przez podmiot odpowiedzialny lokalnie za organizację systemu, przy wsparciu rady zdrowia psychicznego oraz z zachowaniem jasnego podziału odpowiedzialności.

ROZDZIAŁ 11

HARMONOGRAM WDRAŻANIA

11.1. Rok 2026 – uruchomienie podstaw reformy

W pierwszym etapie należy wdrożyć finansowanie populacyjne, przygotować i wydać akty wykonawcze, wyznaczyć lokalnych operatorów odpowiedzialnych za organizację systemu, uruchomić podstawowe mechanizmy koordynacyjne i rozpocząć zbieranie porównywalnych danych o jakości.

11.2. Lata 2027–2032 – rozwój specjalistycznych programów terapeutycznych i dojrzewanie modelu

W tym okresie należy opracowywać, testować, oceniać i wdrażać wyspecjalizowane programy terapeutyczne, które w przyszłości będą mogły być finansowane pakietowo. Równoległe należy rozwijać narzędzia pomiaru efektów, standardy jakości, szkolenia i współpracę międzysektorową.

11.3. Lata 2027–2035 – rozwój jakości, innowacji i zdolności uczenia się systemu

Przez cały okres obowiązywania Programu należy rozwijać system jako organizację uczącą się, która potrafi oceniać własne wyniki, porównywać rozwiązania, korygować błędy i wdrażać nowe praktyki.

11.4. Lata 2033–2035 – konsolidacja i utrwalenie modelu

W końcowym okresie należy utrwalić docelową architekturę systemu, umocnić jego jakość, zwiększyć dojrzałość finansowania mieszanego oraz zapewnić, aby rozwiązania organizacyjne i finansowe były trwałe i odporne na krótkoterminowe zmiany polityczne.

ROZDZIAŁ 12

MONITOROWANIE, EWALUACJA I DOSKONALENIE PROGRAMU

Realizacja Programu powinna podlegać corocznej ocenie bieżącej oraz pogłębionej ocenie okresowej, przeprowadzanej co trzy lata. Wyniki oceny powinny być publikowane w sposób publiczny, zrozumiały i porównywalny.

Ocena ta powinna obejmować zarówno jakość kliniczną, jakość z perspektywy pacjenta, jakość zarządczą, jak i analizę nierówności terytorialnych oraz społecznych. Program nie może być traktowany jako dokument zamknięty raz na zawsze. Powinien być regularnie doskonalony na podstawie wiedzy płynącej z praktyki, badań i doświadczeń pacjentów.

ROZDZIAŁ 13

SYNTEZA USTROJOWA

Program wprowadza zasadniczą zmianę sposobu myślenia o ochronie zdrowia psychicznego.

Odchodzi od modelu, w którym system jest rozumiany przede wszystkim jako zbiór świadczeń, odrębnych komórek organizacyjnych i produktów rozliczeniowych.

Wprowadza model, w którym system jest rozumiany jako układ funkcji zdrowotnych realizowanych dla określonej populacji mieszkańców.

Odchodzi od rozproszonej odpowiedzialności, w której wiele instytucji uczestniczy w systemie, ale żadna nie odpowiada w pełni za wynik.

Wprowadza odpowiedzialność populacyjną i wyraźny podział ról pomiędzy państwem, płatnikiem, organizatorem, zarządzaniem lokalnym i praktyką kliniczną.

Odchodzi od pomiaru opartego głównie na produkcji świadczeń.

Wprowadza pomiar oparty na wartości zdrowotnej, czyli na efektach zdrowotnych, funkcjonowaniu, doświadczeniu pacjenta, bezpieczeństwie i racjonalności wykorzystania zasobów.

PODSUMOWANIE

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2027–2035 stanowi program ustrojowy państwa w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Jest podstawą standardów organizacyjnych, fundamentem modelu finansowania oraz narzędziem wdrożenia opieki psychiatrycznej opartej na wartościach zdrowotnych.

Program ten nie ogranicza się do deklarowania potrzeby reformy. Ma on służyć rzeczywistej przebudowie sposobu organizacji systemu, tak aby pomoc psychiatryczna była bardziej dostępna, bardziej ciągła, bardziej ludzka, lepiej skoordynowana i bardziej odpowiedzialna za rzeczywiste efekty zdrowotne i społeczne osiągnięte dla mieszkańców Polski.

ZAŁĄCZNIK (WERSJA BARDZIEJ URZĘDOWA)

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO (NPOZP 4.0)

NA LATA 2026–2035

SPIS TREŚCI

1. Postanowienia ogólne
2. Diagnoza stanu wyjściowego
3. Założenia ustrojowe Programu
4. Cele główne i cele strategiczne
5. Model organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego
6. Architektura instytucjonalna i podział odpowiedzialności
7. Integracja międzysektorowa i międzyinstytucjonalna
8. Model finansowania
9. System jakości, wskaźników i oceny efektów
10. Rozwiązania dotyczące dzieci i młodzieży
11. Harmonogram realizacji Programu
12. Monitorowanie, sprawozdawczość i ewaluacja
13. Oczekiwane rezultaty wdrożenia Programu

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

1.1. Przedmiot Programu

1. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2027–2035, zwany dalej „Programem”, określa cele, zasady, zadania, mierniki oraz harmonogram działań państwa i innych podmiotów publicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.
2. Program określa docelowy model organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego, w tym w szczególności model opieki psychiatrycznej opartej na wartości zdrowotnej, odpowiedzialności za określoną populację mieszkańców oraz ciągłości ścieżki opieki.
3. Program stanowi podstawę dla:
 1. wydania i aktualizacji standardów organizacyjnych opieki psychiatrycznej;
 2. określenia katalogu świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej;

3. opracowania i wdrażania zasad finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
4. opracowania systemu mierzenia jakości, efektów zdrowotnych i racjonalności wykorzystania środków publicznych;
5. prowadzenia działań międzyresortowych i międzyinstytucjonalnych w obszarze zdrowia psychicznego.

1.2. Cel główny Programu

Celem głównym Programu jest trwała poprawa zdrowia psychicznego mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej przez stworzenie spójnego, środowiskowego, dostępnego, skoordynowanego i opartego na wartości zdrowotnej systemu ochrony zdrowia psychicznego, obejmującego opiekę psychiatryczną, wsparcie psychospołeczne oraz działania profilaktyczne, edukacyjne i integracyjne.

1.3. Cele systemowe Programu

System ochrony zdrowia psychicznego, rozwijany w ramach Programu, realizuje łącznie następujące cele systemowe:

1. poprawę zdrowia psychicznego populacji;
2. poprawę jakości opieki oraz doświadczenia pacjenta i jego bliskich;
3. racjonalne, sprawiedliwe i trwałe wykorzystanie zasobów publicznych.

1.4. Zasady realizacji Programu

Program realizuje się zgodnie z następującymi zasadami:

1. odpowiedzialności za zdrowie określonej populacji;
2. ciągłości ścieżki opieki;
3. adekwatności klinicznej, funkcjonalnej i społecznej;
4. pierwszeństwa opieki środowiskowej;
5. możliwie najmniej restrykcyjnej formy pomocy;
6. poszanowania praw człowieka, praw pacjenta i godności osoby;
7. współdecydowania pacjenta i jego bliskich;
8. integracji działań zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych i zawodowych;
9. przejrzystości odpowiedzialności instytucjonalnej;
10. mierzenia wartości zdrowotnej, rozumianej jako relacja efektów zdrowotnych, funkcjonalnych i doświadczeniowych do nakładów publicznych.

Rozdział 2

Diagnoza stanu wyjściowego

2.1. Charakter problemu

1. Zdrowie psychiczne stanowi jeden z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania jednostek, rodzin, społeczności lokalnych i państwa.
2. Zaburzenia psychiczne oraz kryzysy psychiczne należą do głównych przyczyn cierpienia, niepełnosprawności, obniżenia jakości życia, problemów edukacyjnych, wykluczenia społecznego, ograniczenia zdolności do pracy oraz zwiększonego ryzyka samobójstw.
3. Ochrona zdrowia psychicznego wymaga działań wielosektorowych, długofalowych i opartych na współpracy pomiędzy wieloma instytucjami publicznymi i społecznymi.

2.2. Główne problemy systemowe

Do podstawowych problemów systemu ochrony zdrowia psychicznego należą:

1. fragmentacja organizacyjna i funkcjonalna systemu;
2. przewaga logiki komórkowo-produktowej nad logiką ścieżki opieki;
3. rozproszenie odpowiedzialności między instytucjami;
4. niedostateczna integracja ochrony zdrowia z pomocą społeczną, edukacją, rynkiem pracy i mieszkalnictwem wspieranym;
5. ograniczony pomiar efektów zdrowotnych, funkcjonowania, jakości życia i doświadczenia pacjenta;
6. nierówności terytorialne w dostępie do pomocy;
7. nadmierne obciążenie części systemu leczeniem stacjonarnym i niewystarczający rozwój opieki środowiskowej;
8. niedostateczne rozwinięcie funkcji koordynacji opieki;
9. brak dostatecznie dojrzałego systemu finansowania opartego na odpowiedzialności za wynik.

2.3. Teza programowa

System ochrony zdrowia psychicznego powinien być organizowany jako zintegrowany system funkcji zdrowotnych i społecznych realizowanych dla określonej populacji mieszkańców, a nie jako suma odrębnych świadczeń, komórek organizacyjnych i nieskoordynowanych działań instytucjonalnych.

Rozdział 3

Założenia ustrojowe Programu

3.1. Zmiana logiki systemu

1. Program odchodzi od modelu, w którym główną jednostką odniesienia są pojedyncze świadczenia, komórki organizacyjne i produkty rozliczeniowe.

2. Program przyjmuje model, w którym główną jednostką odniesienia jest:
 - a) określona populacja mieszkańców;
 - b) ciągła ścieżka opieki;
 - c) mierzalny wynik zdrowotny, funkcjonalny i społeczny.

3.2. Odpowiedzialność za zdrowie określonej populacji

1. Organizacja systemu opieki psychiatrycznej powinna zapewniać, aby dla każdego obszaru objętego Programem istniał podmiot odpowiedzialny za organizację opieki oraz za wynik osiągnięty dla mieszkańców tego obszaru.
2. Odpowiedzialność ta obejmuje w szczególności:
 - a) dostępność pomocy;
 - b) ciągłość ścieżki opieki;
 - c) koordynację między różnymi formami pomocy;
 - d) integrację z systemem społecznym;
 - e) osiągnięte efekty zdrowotne i funkcjonalne.

3.3. Odejście od sztywnej segmentacji systemu

1. Program przyjmuje, że opieka psychiatryczna nie powinna być organizowana jako zbiór odrębnych poziomów i sektorów działających równoległe i nieskoordynowane.
2. Program przyjmuje, że pomoc ma tworzyć jedną ścieżkę opieki, której intensywność zmienia się stosownie do potrzeb pacjenta i jego sytuacji życiowej.

Rozdział 4

Cele główny i cele strategiczne

4.1. Cel główny

Celem głównym Programu jest stworzenie systemu ochrony zdrowia psychicznego, który skutecznie poprawia zdrowie psychiczne populacji, wzmacnia funkcjonowanie społeczne osób korzystających z pomocy, zwiększa dostępność oraz jakość opieki, a jednocześnie zapewnia racjonalne i odpowiedzialne wykorzystanie środków publicznych.

4.2. Cele strategiczne

Ustala się następujące cele strategiczne Programu:

Cel strategiczny 1

Poprawa zdrowia psychicznego populacji oraz ograniczanie nierówności w zdrowiu psychicznym

Cel obejmuje w szczególności:

1. promocję zdrowia psychicznego;
2. profilaktykę zaburzeń psychicznych;
3. ograniczanie czynników ryzyka;
4. wzmacnianie czynników ochronnych;
5. wczesne rozpoznawanie kryzysów i zaburzeń;
6. zmniejszanie nierówności terytorialnych i społecznych w dostępie do pomocy.

Cel strategiczny 2

Zapewnienie ciągłej, zintegrowanej i adekwatnej opieki psychiatrycznej oraz wsparcia psychospołecznego

Cel obejmuje w szczególności:

1. organizację opieki środowiskowej;
2. rozwój funkcji koordynacji opieki;
3. rozwój zespołów mobilnych;
4. łączenie opieki ambulatoryjnej, dziennej, domowej i stacjonarnej w jedną ścieżkę;
5. integrację opieki psychiatrycznej z pomocą społeczną, edukacją, rynkiem pracy i mieszkalnictwem wspieranym.

Cel strategiczny 3

Poprawa jakości klinicznej, jakości z perspektywy pacjenta oraz jakości zarządczej systemu

Cel obejmuje w szczególności:

1. pomiar efektów zdrowotnych;
2. pomiar funkcjonowania społecznego;
3. pomiar jakości życia;
4. pomiar doświadczenia pacjenta i jego bliskich;
5. pomiar bezpieczeństwa opieki;
6. rozwój kultury jakości i praktyki opartej na dowodach naukowych oraz doświadczeniu praktycznym.

Cel strategiczny 4

Przebudowa finansowania ochrony zdrowia psychicznego w kierunku modelu opartego na wartości zdrowotnej

Cel obejmuje w szczególności:

1. finansowanie populacyjne podstawowego strumienia opieki;
2. stopniowe wdrażanie finansowania pakietowego dla specjalistycznych programów terapeutycznych;
3. wprowadzenie komponentu jakościowego;
4. finansowanie działań rozwojowych, innowacyjnych i szkoleniowych.

Cel strategiczny 5

Uporządkowanie odpowiedzialności instytucjonalnej oraz przełamanie silosów organizacyjnych

Cel obejmuje w szczególności:

1. rozdzielenie funkcji normatywnych, finansowych, organizacyjnych, zarządczych i klinicznych;
2. stworzenie trwałych mechanizmów współpracy międzyresortowej i międzyinstytucjonalnej;
3. przeciwdziałanie rozproszeniu odpowiedzialności za wynik zdrowotny i społeczny.

Rozdział 5

Model organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego

5.1. Ogólna struktura systemu

System ochrony zdrowia psychicznego obejmuje trzy wzajemnie powiązane strumienie funkcjonalne:

1. populacyjną i podstawową opiekę psychiatryczną;
2. specjalistyczne programy terapeutyczne;
3. rozwój, badania, szkolenia i poprawę jakości.

5.2. Strumień pierwszy – populacyjna i podstawowa opieka psychiatryczna

1. Strumień pierwszy stanowi fundament całego systemu.
2. Obejmuje on w szczególności:
 - a) promocję zdrowia psychicznego;
 - b) działania profilaktyczne;
 - c) pierwszy kontakt i ocenę potrzeb;
 - d) pomoc psychologiczną;
 - e) ambulatoryjną opiekę psychiatryczną;
 - f) środowiskowe formy pomocy o niskiej i umiarkowanej intensywności;

- g) psychoedukację;
 - h) podstawowe oddziaływania rodzinne;
 - i) koordynację ścieżki opieki.
3. Na obecnym etapie rozwoju systemu strumień pierwszy obejmuje podstawowe programy opieki psychiatrycznej dla głównych grup problemów zdrowia psychicznego.
 4. Zadaniem strumienia pierwszego jest zapewnienie powszechnego, stabilnego i ciągłego fundamentu opieki psychiatrycznej dla całej populacji mieszkańców.

5.3. Strumień drugi – specjalistyczne programy terapeutyczne

1. Strumień drugi obejmuje wyspecjalizowane, ustrukturyzowane programy terapeutyczne dla grup potrzeb o względnej jednorodności klinicznej i funkcjonalnej.
2. Programy te mogą dotyczyć w szczególności:
 - a) pierwszego epizodu psychozy;
 - b) nawracających zaburzeń afektywnych z wysokim ryzykiem nawrotu;
 - c) złożonych zaburzeń lękowo-depresyjnych;
 - d) zaburzeń osobowości wymagających uporządkowanej psychoterapii;
 - e) współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnień;
 - f) zaburzeń odżywiania;
 - g) zaburzeń neurorozwojowych;
 - h) określonych grup dzieci i młodzieży z nasilonym ryzykiem autoagresji lub ciężkiego pogorszenia funkcjonowania.
3. Każdy program specjalistyczny powinien posiadać:
 - a) jasno określoną populację docelową;
 - b) kryteria kwalifikacji;
 - c) opis przebiegu programu;
 - d) plan terapeutyczny;
 - e) określony punkt oceny;
 - f) mierniki efektów zdrowotnych;
 - g) mierniki doświadczenia pacjenta;
 - h) zasady zakończenia programu i dalszej kontynuacji opieki.

5.4. Strumień trzeci – rozwój, badania i jakość

1. Strumień trzeci obejmuje działania służące uczeniu się i doskonaleniu systemu.

2. Obejmuje on w szczególności:

- a) badania praktyczne dotyczące organizacji i skuteczności opieki;
- b) rozwój nowych metod terapeutycznych;
- c) pilotaże organizacyjne;
- d) rozwój narzędzi pomiaru jakości i efektów;
- e) szkolenia i superwizję;
- f) rozwój wsparcia rówieśniczego;
- g) działania innowacyjne służące poprawie organizacji i jakości pomocy.

Rozdział 6

Poziomy intensywności opieki

6.1. Ogólna zasada

System organizuje pomoc według poziomów intensywności opieki, a nie według sztywno rozumianych poziomów referencyjnych.

6.2. Poziomy intensywności

1. Poziom A – pomoc psychologiczna i wsparcie o niższej intensywności.
2. Poziom B – ambulatoryjna opieka psychiatryczna, psychologiczna i psychoterapeutyczna.
3. Poziom C – intensywna opieka środowiskowa i kryzysowa, obejmująca między innymi zespoły mobilne, leczenie domowe, interwencję kryzysową, opiekę dzienną oraz – gdy jest to konieczne – leczenie stacjonarne jako element jednej ścieżki.
4. Poziom C+ – opieka z oparciem społecznym, obejmująca rehabilitację psychospołeczną, mieszkalnictwo wspierane, zatrudnienie wspomagane, wsparcie środowiskowe oraz inne formy trwałego wspierania funkcjonowania.

6.3. Dynamika poziomów

Pacjent może przechodzić pomiędzy poziomami intensywności stosownie do zmieniających się potrzeb, bez utraty ciągłości opieki oraz bez konieczności ponownego budowania relacji terapeutycznej od początku.

Rozdział 7

Architektura instytucjonalna i podział odpowiedzialności

7.1. Poziom państwowy

1. Rada Ministrów odpowiada za przyjęcie i ogólny nadzór nad realizacją Programu.

2. Minister Zdrowia odpowiada za przygotowanie aktów wykonawczych, standardów organizacyjnych, koordynację działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego oraz przedstawianie okresowych raportów z realizacji Programu.

7.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za:

1. finansowanie opieki w sposób zgodny z celami Programu;
2. wiązanie finansowania z jakością, ciągłością i wartością zdrowotną;
3. monitorowanie wyników i jakości;
4. rozwój instrumentów analitycznych, jakościowych i kontrolnych.

7.3. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Agencja odpowiada za:

1. rozwój metod wyceny i taryfikacji;
2. opracowywanie metod oceny efektów zdrowotnych;
3. wspieranie standaryzacji programów terapeutycznych;
4. rozwój metod porównywania kosztów i efektów rozwiązań organizacyjnych.

7.4. Samorząd terytorialny

Jednostki samorządu terytorialnego odpowiadają za:

1. współtworzenie lokalnej architektury współpracy, w tym powoływanie lokalnych Rad zdrowia psychicznego;
2. rozwój usług społecznych wspierających zdrowienie;
3. rozwój mieszkalnictwa wspieranego;
4. wspieranie aktywizacji zawodowej i edukacyjnej;
5. udział w lokalnych i regionalnych mechanizmach koordynacyjnych.

7.5. Podmiot odpowiedzialny za populację mieszkańców

1. Dla określonego obszaru powinien zostać wyznaczony podmiot odpowiedzialny za organizację opieki i wynik osiągnięty dla mieszkańców.
2. Podmiot ten odpowiada w szczególności za:
 - a) organizację dostępu do pomocy;
 - b) koordynację ścieżek opieki;
 - c) współpracę z innymi podmiotami;
 - d) monitorowanie wyników lokalnych;
 - e) integrację działań zdrowotnych i społecznych.

3. Podmiot ten może działać przy pomocy własnych zasobów oraz sieci podwykonawców, zachowując pełną odpowiedzialność za wynik.

7.6. Funkcja zarządzania ścieżką opieki

W strukturze podmiotu odpowiedzialnego za populację należy wyodrębnić funkcję odpowiedzialną za:

1. organizację ścieżek opieki;
2. koordynację przepływu pacjentów;
3. rozwiązywanie problemów przejścia pomiędzy formami pomocy;
4. współpracę międzyinstytucjonalną na poziomie operacyjnym.

7.7. Rady zdrowia psychicznego

1. Rady zdrowia psychicznego działają jako ciała opiniodawcze, koordynacyjne i międzyinstytucjonalne.
2. Do ich zadań należy w szczególności:
 - a) uzgadnianie lokalnych i regionalnych celów;
 - b) analiza potrzeb mieszkańców;
 - c) wspieranie współpracy między ochroną zdrowia, pomocą społeczną, edukacją, rynkiem pracy i organizacjami społecznymi;
 - d) opiniowanie planów rozwoju systemu;
 - e) monitorowanie funkcjonowania systemu.
3. Rada zdrowia psychicznego nie jest podmiotem wykonawczym ani kontraktowym.

Rozdział 8

Integracja międzysektorowa i międzyinstytucjonalna

8.1. Ogólna zasada integracji

1. Ochrona zdrowia psychicznego jest zadaniem wspólnym wielu sektorów polityki publicznej.
2. Realizacja Programu wymaga przetamania silosów organizacyjnych i trwałego połączenia działań zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych i mieszkaniowych.

8.2. Podmioty uczestniczące we współpracy

W realizacji Programu uczestniczą w szczególności:

1. ministerstwa i centralne instytucje państwowe;
2. Narodowy Fundusz Zdrowia;

3. jednostki samorządu terytorialnego;
4. podmioty lecznicze;
5. placówki oświatowe i poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
6. jednostki pomocy społecznej i pieczy zastępczej;
7. instytucje rynku pracy;
8. podmioty mieszkalnictwa wspieranego;
9. organizacje pozarządowe;
10. organizacje samopomocowe i wspólnoty wsparcia.

8.3. Zakres integracji

Integracja międzysektorowa obejmuje w szczególności:

1. wspólną identyfikację potrzeb;
2. kierowanie do adekwatnych form pomocy;
3. wspólne planowanie działań wobec osób i rodzin wymagających złożonego wsparcia;
4. wymianę informacji zgodnie z przepisami prawa;
5. działania na rzecz zdrowienia, aktywizacji i włączenia społecznego;
6. współpracę na rzecz dzieci, młodzieży i rodzin;
7. współpracę po kryzysie psychicznym, hospitalizacji i przerwaniu aktywności społecznej.

Rozdział 9

Model finansowania

9.1. Zasady ogólne

Finansowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego powinno:

1. wspierać zdrowie populacji;
2. wzmacniać ciągłość opieki;
3. premiować jakość i skuteczność;
4. wspierać integrację działań;
5. ograniczać fragmentację wynikającą z finansowania wyłącznie pojedynczych świadczeń.

9.2. Podstawowe mechanizmy finansowania

System finansowania obejmuje:

1. budżet populacyjny dla strumienia podstawowego;
2. finansowanie pakietowe specjalistycznych programów terapeutycznych;
3. korekty uwzględniające strukturę kliniczną i społeczną pacjentów;
4. komponent jakościowy;
5. finansowanie rozwojowe.

9.3. Etapowy charakter reformy finansowania

1. W etapie początkowym zasadniczą rolę odgrywa finansowanie populacyjne podstawowego strumienia opieki.
2. W kolejnych etapach rośnie udział finansowania pakietowego wraz z rozwojem specjalistycznych programów terapeutycznych.
3. Finansowanie populacyjne pozostaje trwałym fundamentem systemu również w modelu docelowym.

Rozdział 10

System jakości, wskaźników i oceny efektów

10.1. Trzy porządki jakości

System jakości obejmuje:

1. jakość kliniczną;
2. jakość z perspektywy pacjenta i jego bliskich;
3. jakość zarządczą.

10.2. Zakres podstawowych wskaźników

Do podstawowych wskaźników realizacji Programu należą w szczególności:

1. w obszarze zdrowia populacji:
 - a) dostępność opieki;
 - b) czas do pierwszego kontaktu;
 - c) nierówności terytorialne;
 - d) wskaźniki samobójstw i prób samobójczych;
 - e) wskaźniki powrotu do aktywności społecznej, edukacyjnej i zawodowej;
2. w obszarze jakości klinicznej:
 - a) zmiana nasilenia objawów;
 - b) poprawa funkcjonowania;
 - c) zmiana jakości życia;

- d) trwałość efektu terapeutycznego;
- 3. w obszarze jakości z perspektywy pacjenta:
 - a) doświadczenie opieki;
 - b) poziom współdecydowania;
 - c) satysfakcja pacjenta i rodziny;
- 4. w obszarze jakości zarządczej:
 - a) ciągłość opieki po wypisie;
 - b) liczba możliwych do uniknięcia readmisji;
 - c) udział opieki środowiskowej;
 - d) koszt ścieżki opieki;
 - e) udział leczenia stacjonarnego w strukturze kosztów.

Rozdział 11

Rozwiązania dotyczące dzieci i młodzieży

11.1. Zasada ogólna

Pomoc dla dzieci i młodzieży powinna być organizowana zgodnie z zasadą „braku błędnych drzwi”, co oznacza, że niezależnie od miejsca pierwszego zgłoszenia musi istnieć możliwość oceny potrzeb i przejęcia odpowiedzialności za dalszą ścieżkę pomocy.

11.2. Podstawowe elementy systemu

System pomocy dzieciom i młodzieży obejmuje:

1. wspólny mechanizm oceny potrzeb i triażu;
2. współpracę ochrony zdrowia, szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, pomocy społecznej i rodziny;
3. odpowiedzialność lokalnego organizatora za prowadzenie ścieżki pomocy;
4. rozwój opieki środowiskowej i rodzinnej;
5. działania profilaktyczne i wczesną interwencję.

Rozdział 12

Harmonogram realizacji Programu

12.1. Etapy realizacji

Etap	Okres	Zakres działań
Etap I	2026	wydanie aktów wykonawczych, uruchomienie finansowania populacyjnego, wyznaczenie lokalnych podmiotów odpowiedzialnych za organizację systemu, wdrożenie podstawowych mechanizmów monitorowania
Etap II	2027–2032	opracowywanie, testowanie i wdrażanie specjalistycznych programów terapeutycznych, rozwój wskaźników jakości, rozwój współpracy międzysektorowej, rozwój funkcji koordynacji
Etap III	2027–2035	rozwój narzędzi jakości, szkolenia, supervizja, innowacje organizacyjne i terapeutyczne, rozwój wsparcia rówieśniczego, wzmacnianie zdolności systemu do uczenia się
Etap IV	2033–2035	konsolidacja modelu, zwiększanie udziału finansowania pakietowego i jakościowego, utrwalenie docelowej architektury systemu

Rozdział 13

Monitorowanie, sprawozdawczość i ewaluacja

13.1. Zasady ogólne

1. Realizacja Programu podlega monitorowaniu corocznemu oraz ewaluacji okresowej przeprowadzanej co trzy lata.
2. Wyniki monitorowania i ewaluacji są publikowane w sposób publiczny, przejrzysty i porównywalny.

13.2. Zakres ewaluacji

Ewaluacja obejmuje w szczególności:

1. stopień realizacji celów strategicznych;
2. ocenę jakości klinicznej;
3. ocenę doświadczenia pacjenta;
4. ocenę jakości zarządczej;
5. analizę nierówności terytorialnych i społecznych;
6. analizę adekwatności finansowania;
7. ocenę stopnia integracji międzysektorowej.

13.3. Podmioty odpowiedzialne za monitorowanie

Za monitorowanie i ewaluację odpowiadają, w zakresie swoich kompetencji:

1. Minister Zdrowia;

2. Narodowy Fundusz Zdrowia;
3. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
4. jednostki samorządu terytorialnego;
5. właściwe podmioty odpowiedzialne lokalnie za organizację systemu.

Rozdział 14

Oczekiwane rezultaty wdrożenia Programu

14.1. Rezultaty społeczne

Oczekuje się w szczególności:

1. poprawy dostępności do pomocy;
2. wcześniejszego wykrywania potrzeb;
3. poprawy ciągłości opieki;
4. ograniczenia fragmentacji pomocy;
5. zmniejszenia części możliwej do uniknięcia instytucjonalizacji;
6. poprawy wsparcia osób z ciężkimi, przewlekłymi i nawracającymi zaburzeniami psychicznymi;
7. zwiększenia znaczenia rehabilitacji psychospołecznej i wsparcia środowiskowego.

14.2. Rezultaty organizacyjne

Oczekuje się w szczególności:

1. wyraźnego uporządkowania odpowiedzialności;
2. zwiększenia koordynacji między formami pomocy;
3. trwałej współpracy międzysektorowej;
4. wzmocnienia roli opieki środowiskowej;
5. lepszego domykania ścieżek opieki po kryzysie i po hospitalizacji.

14.3. Rezultaty finansowe

Oczekuje się w szczególności:

1. bardziej racjonalnej alokacji środków publicznych;
2. lepszego dopasowania form pomocy do potrzeb;
3. ograniczenia kosztów wynikających z fragmentacji systemu;
4. zmniejszenia części możliwych do uniknięcia readmisji i hospitalizacji.

Podsumowanie końcowe

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2035 stanowi program ustrojowej przebudowy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Jego istotą jest przejście od systemu zorganizowanego wokół odrębnych świadczeń, komórek organizacyjnych i rozproszonej odpowiedzialności do systemu opartego na wartościach zdrowotnych określonej populacji, ciągłości ścieżki opieki, współpracy międzysektorowej i mierzeniu wartości zdrowotnej.

Jest to program, który ma nie tylko wspierać reformę ochrony zdrowia psychicznego, ale tworzyć jej docelowy model organizacyjny, finansowy i jakościowy.