

OBYWATELSKI PROJEKT AKTÓW WYKONAWCZYCH SYSTEMU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ OPARTEJ NA WARTOŚCIACH ZDROWOTNYCH

Spis treści

ANALIZA BŁĘDÓW SYSTEMOWYCH KOMÓRKOWO-PRODUKTOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ.....	2
TEORIA FUNKCJONALNO-POPULACYJNEGO MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ	8
PROJEKT ROZPORZĄDZENIA - STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ	15
PROJEKT ROZPORZĄDZENIA KOSZYKOWEGO W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ	58
PROJEKT ZARZĄDZENIA PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.....	76

Zespół redakcyjny: ChatGBT+DB

ChatGBT – model językowy wyszkolony na ogromnych zbiorach danych, który potrafi symulować wiedzę ekspercką w wielu dziedzinach, analizować informacje i generować precyzyjne, spójne odpowiedzi.

DB – Dariusz Baran, prowincjonalny psycholog, ekspert przez doświadczenie pracy w opiece psychiatrycznej na NFZ, praktyk systemowy.

Prawa autorskie: wszelkie kopiowanie, modyfikowanie i rozpowszechnianie jest dozwolone i mile widziane, gdyż autorzy korzystali z zasobów sieci internetowej całej ludzkości z intencją pożytku publicznego.

Deklaracja konfliktu interesów:

- dofinansowanie ze środków publicznych: 0 zł
- dofinansowanie ze środków firm prywatnych i lobbystów: 0 zł

Polska, Prima Aprilis 2026 r.

ANALIZA BŁĘDÓW SYSTEMOWYCH KOMÓRKOWO-PRODUKTOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Punktem wyjścia jest prosta teza: **sposób organizacji systemu opieki psychiatrycznej nie jest neutralny**. To, jak państwo opisuje świadczenia, jak je kontraktuje i jak je rozlicza, w praktyce przesądza o tym, czym psychiatria „jest” jako system. W Polsce tę rolę w dużej mierze pełni rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wielokrotnie nowelizowane, ostatnio także w 2025 r.

Z perspektywy WHO, EUCOMS, modelu Value-Based Mental Health (ochrona zdrowia psychicznego oparta na wartościach) oraz współczesnego podejścia do jakości, dobra opieka psychiatryczna powinna być **środowiskowa, stawiająca w centrum potrzeby osoby, respektująca prawa człowieka, ukierunkowana na zdrowienie (recovery), zorientowana na sieć wsparcia, efekty zdrowotne i doświadczenie pacjenta**. WHO wprost opisuje pożądaną kierunek jako rozwój usług środowiskowych opartych na prawach człowieka, podmiotowości i zdrowieniu. EUCOMS z kolei porządkuje wysokiej jakości opiekę środowiskową wokół sześciu perspektyw: praw człowieka, zdrowia publicznego, zdrowienia, skuteczności interwencji, sieci wsparcia w społeczności oraz wykorzystania doświadczenia osób po kryzysach psychicznych. Polska ustawa o jakości wymaga natomiast mierzenia jakości w obszarze klinicznym, konsumenckim i zarządczym, a NFZ ma te wskaźniki monitorować i publikować.

Na tym tle można pokazać, że problem organizacji opieki psychiatrycznej, ukształtowanej przed ćwierć wiekiem, nie sprowadza się do tego, że „jest za mało pieniędzy”. Problem jest głębszy: obecny system jest obciążony całym zespołem błędów strukturalnych, systemowych, ontologicznych, epistemologicznych, aksjologicznych i metodologicznych.

1. Błąd strukturalny: system zbudowany z segmentów, a nie ze ścieżek opieki

Najłatwiej zacząć od błędu strukturalnego. Obecny system jest organizowany przede wszystkim przez **katalog form i produktów**: porada, wizyta, hospitalizacja, oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, pobyt itd. Taki układ porządkuje rzeczywistość według miejsc i typów świadczeń. Tymczasem człowiek w kryzysie psychicznym nie doświadcza swojej sytuacji jako „serii odrębnych produktów”, lecz jako jeden proces: narastanie trudności, kryzys psychiczny, kontakt z opieką psychiatryczną, leczenie, zdrowienie, możliwe nawroty, rehabilitacja psycho-społeczna, powrót do pełnienia ról społecznych, samodzielne mieszkanie, życie rodzinne, praca zawodowa i aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

W modelu rekomendowanym przez WHO i EUCOMS punktem odniesienia jest **ciągłość opieki w społeczności**, a nie administracyjny podział na komórki organizacyjne. Gdy system jest budowany z segmentów, pacjent musi się do tych segmentów dopasować. Gdy system jest budowany ze ścieżek opieki, to segmenty mają służyć pacjentowi. WHO podkreśla potrzebę integrowania usług w sieci zdrowotnej i społecznej, a EUCOMS opisuje wspólnotowy, terytorialny charakter opieki dla mieszkańców danego obszaru.

W praktyce oznacza to, że rozporządzenie koszykowe nie tylko „wymienia świadczenia”, ale po cichu **konstruuje system jako zbiór odrębnych zakresów do kontraktowania i rozliczania**. To dlatego tak trudno w jego ramach zbudować rzeczywistą odpowiedzialność za ciągłość leczenia.

2. Błąd systemowy: państwo zarządza produkcją świadczeń, a nie zdrowiem populacji

Drugi problem ma charakter systemowy. WHO i EUCOMS zakładają, że psychiatria środowiskowa ma perspektywę **public health**: odpowiada nie tylko za osoby, które już weszły do systemu, lecz za zdrowie psychiczne mieszkańców określonego obszaru. EUCOMS pisze o catchment area, czyli obszarze odpowiedzialności terytorialnej; WHO podkreśla rolę sieci środowiskowych, dostępności i integracji z innymi usługami.

Tymczasem model koszykowy z natury rzeczy nie pyta najpierw: „czy populacja ma zapewniony dostęp, ciągłość i adekwatność pomocy?”, lecz raczej: „jakie świadczenie zostało wykonane i czy nadaje się do rozliczenia?”. To przesuwają środek ciężkości z **odpowiedzialności za populację na ewidencję aktywności świadczeniodawcy**.

To bardzo ważne rozróżnienie. System odpowiedzialności populacyjnej pyta:

- ilu mieszkańców realnie ma dostęp do pomocy,
- jak szybko dostają pierwszą interwencję,
- czy nie wypadają z leczenia,
- czy poprawia się ich funkcjonowanie,
- czy maleje przymus, przewlekła hospitalizacja i wykluczenie.

System koszykowy pyta przede wszystkim:

- ile było porad,
- ile było osobodni,
- czy świadczenie spełnia warunki formalne,
- do jakiej pozycji rozliczeniowej je przypisać.

To nie jest drobna różnica techniczna. To są dwie różne filozofie państwa.

3. Błąd ontologiczny: utożsamienie opieki psychiatrycznej ze zbiorem świadczeń

To jest być może błąd najgłębszy. Ontologia dotyczy tego, **czym dana rzecz jest w swojej istocie**. W obecnym modelu opieka psychiatryczna jest w praktyce traktowana tak, jakby była sumą pojedynczych świadczeń zapisanych w katalogu. Skoro system widzi przede wszystkim świadczenia, to zaczyna zakładać, że właśnie one są „realnym bytem systemu”.

Ale psychiatria nie jest sumą świadczeń. Jest **systemem funkcji zdrowotnych realizowanych dla określonej populacji w czasie**. Obejmuje rozpoznanie, wczesną interwencję, kryzys, opiekę środowiskową, leczenie dzienne, leczenie szpitalne, rehabilitację psychospołeczną, wsparcie rodzin, mieszkalnictwo wspierane, aktywizację zawodową i współpracę z edukacją oraz pomocą społeczną. WHO opisuje właśnie taki zintegrowany i sieciowy model. EUCOMS dodaje, że dobra psychiatria wspólnotowa ma

nie tylko leczyć, ale umożliwiać uczestnictwo w życiu społecznym i korzystać z zasobów wspólnoty.

Jeżeli jednak rozporządzenie koszykowe staje się głównym „konstytucyjnym” dokumentem systemu, to rodzi się błąd ontologiczny: **mapa zostaje pomyłona z terytorium**. Katalog świadczeń, który miał być narzędziem finansowania, zaczyna pełnić rolę definicji tego, czym jest opieka psychiatryczna.

4. Błąd epistemologiczny: system mierzy to, co łatwo policzyć, a nie to, co trzeba wiedzieć

Epistemologia dotyczy tego, **skąd wiemy, że system działa dobrze lub źle**. Tu pojawia się kolejny problem. W modelu koszykowym dominują dane łatwe do zebrania: liczba porad, liczba hospitalizacji, liczba osobodni, liczba zespołów, liczba pacjentów w danej formie. Są to dane przydatne do księgowości i kontraktowania, ale tylko częściowo przydatne do oceny jakości.

Ustawa o jakości stanowi, że jakość ma być mierzona w obszarze klinicznym, konsumenckim i zarządczym, obejmując m.in. efekt leczniczy, powtórne hospitalizacje, badania opinii pacjentów oraz efektywność wykorzystania zasobów. Co więcej, Fundusz ma monitorować te wskaźniki i publikować ich wartości.

To oznacza, że współczesny system wiedzy o jakości nie może poprzestać na „ile wykonano”. Musi pytać także:

- jaki był efekt kliniczny,
- czy poprawiło się funkcjonowanie,
- jak pacjent ocenia pomoc,
- jaki był koszt uzyskania danego efektu,
- czy opieka była ciągła i adekwatna.

W psychiatrii ten problem jest szczególnie wyraźny, bo najważniejsze rezultaty często nie są proceduralne. Najważniejsze może być to, że ktoś odzyskał zdolność mieszkania samodzielnie, wrócił do szkoły, przestał trafiać do szpitala, odbudował relacje, zmniejszył samouszkodzenia, odzyskał poczucie wpływu na życie. Jeśli system tego nie mierzy, to **nie wie, czy rzeczywiście pomaga**.

Właśnie tu spotykają się Donabedian i VB-MH. Donabedian uczy, że trzeba oceniać strukturę, proces i wyniki. VB-MH dodaje, że trzeba patrzeć na wyniki ważne dla pacjenta w relacji do kosztów w całym cyklu opieki.

5. Błąd aksjologiczny: ukryta hierarchia wartości nie jest zgodna z nowoczesną opieką psychiatryczną

Aksjologia dotyczy wartości. Każdy system, nawet jeśli tego nie mówi wprost, premiuje jakieś dobro. W obecnym modelu koszykowym wartością domyślną staje się najczęściej:

- policzalność,
- zgodność formalna,
- przewidywalność rozliczenia,

- kontrola administracyjna,
- redukcja ryzyka finansowego płatnika.

To są ważne wartości administracyjne, ale nie są one tożsame z wartościami nowoczesnej psychiatrii. WHO akcentuje prawa człowieka, podmiotowość, opiekę najmniej restrykcyjną, integrację społeczną i recovery. EUCOMS jako pierwszy wymiar wskazuje etykę i prawa człowieka, a następnie zdrowie publiczne, zdrowienie i wsparcie rówieśnicze (recovery i peer expertise).

Kiedy dominującą wartością systemu staje się łatwość rozliczenia, wtedy to, co najważniejsze dla osoby w kryzysie, schodzi na dalszy plan. Wtedy łatwiej finansować to, co da się jasno zakodować, niż to, co wymaga elastycznej, relacyjnej, środowiskowej i długofalowej pracy. Z takiej logiki rodzi się system, w którym prawa pacjenta, zdrowienie (recovery) i funkcjonowanie społeczne są deklarowane w dokumentach strategicznych, ale słabo obecne w realnym mechanizmie organizacji i finansowania.

Mówiąc prościej: **system oficjalnie mówi, że najważniejszy jest pacjent, ale organizacyjnie zachowuje się tak, jakby najważniejszy był produkt rozliczeniowy.**

6. Błąd metodologiczny: narzędzie finansowe używane jako teoria systemu

Metodologia dotyczy tego, **jakim narzędziem badamy i porządkujemy rzeczywistość.** Rozporządzenie koszykowe jest z natury rzeczy narzędziem finansowo-prawnym: ma określić świadczenia gwarantowane, warunki realizacji, personel, miejsca, zakresy. Samo w sobie nie jest stworzone do budowania pełnej teorii opieki psychiatrycznej.

Problem zaczyna się wtedy, gdy to narzędzie zostaje użyte tak, jakby wystarczało do opisu całego systemu. To trochę tak, jakby próbować opisać funkcjonowanie miasta wyłącznie przez taryfikator usług komunalnych. Da się z tego odczytać pewne elementy, ale nie da się zbudować z tego pełnego obrazu życia miejskiego.

W opiece psychiatrycznej skutkiem jest to, że metoda organizacji bierze się z katalogu świadczeń, a nie z teorii opieki. Tymczasem WHO daje teorię systemu opartą na prawach, recovery i usługach środowiskowych. EUCOMS daje model sześciu współzależnych wymiarów dobrej opieki. Ustawa o jakości daje wymóg mierzenia wyników klinicznych, doświadczeń pacjenta i efektywności zarządczej.

Jeżeli więc teoria systemu wynika dziś głównie z rozporządzenia koszykowego, to mamy błąd metodologiczny polegający na tym, że **instrument wykonawczy zastępuje model naukowy i organizacyjny.**

7. Błąd w rozumieniu jakości: jakość utożsamiona z warunkami formalnymi

W starszym, bardziej administracyjnym myśleniu o jakości często zakłada się, że jeśli określono personel, lokal, sprzęt, minimalne warunki realizacji i zasady sprawozdawczości, to system jakości został „załatwiony”. To podejście jest niewystarczające.

Avedis Donabedian od dawna pokazuje, że sama struktura nie wystarcza. Potrzebny jest jeszcze proces i wynik. Polska ustawa o jakości również nie zatrzymuje się na warunkach formalnych, tylko wymaga mierzenia efektu leczniczego, doświadczeń pacjenta i efektywności zarządczej.

W psychiatrii ten błąd jest szczególnie kosztowny. Można mieć formalnie poprawny oddział lub poradnię, a mimo to udzielać pomocy:

- spóźnionej,
- nieciągłej,
- mało podmiotowej,
- nadmiernie instytucjonalnej,
- słabo powiązanej z rodziną i środowiskiem życia.

Jeżeli więc jakość jest rozumiana głównie jako spełnienie warunków formalnych i poprawność sprawozdawcza, to system może dobrze wyglądać „na papierze”, a słabo działać w realnym życiu pacjenta i sieci społecznej.

8. Błąd redukcji opieki psychiatrycznej do medycznego epizodu

Choć problem ma wymiar organizacyjny, jego skutki są kliniczne i społeczne. Współczesna psychiatria, zwłaszcza w duchu WHO i EUCOMS, nie redukuje człowieka do objawu ani epizodu. Widzi relacje, mieszkanie, pracę, szkołę, rodzinę, traumę, zasoby wspólnoty, doświadczenie kryzysu oraz zdrowienie jako proces.

Model koszykowy ma tendencję do redukcji tej złożoności do epizodu świadczeniowego. To sprzyja myśleniu: „najpierw zrealizować świadczenie, potem rozliczyć”, zamiast: „najpierw zrozumieć potrzeby, a potem zorganizować adekwatną ścieżkę opieki”. W efekcie system łatwiej obsługuje to, co krótkie, zamknięte i kategoryzowalne, niż to, co przewlekłe, sieciowe i wymagające współpracy wielu instytucji.

9. Dlaczego ten problem jest tak ważny praktycznie

Dla osoby, która pierwszy raz o tym słyszy, najważniejsze jest zrozumienie jednej rzeczy: **to nie jest spór akademicki o słowa**. Od tego, czy psychiatria zostanie zdefiniowana jako zbiór świadczeń, czy jako system funkcji zdrowotnych dla populacji, zależy:

- czy pacjent będzie miał jednego operatora odpowiedzialnego za ciągłość pomocy, czy będzie krążył między instytucjami;
- czy system będzie premiował efekty zdrowotne i funkcjonowanie, czy liczbę wykonanych pozycji rozliczeniowych;
- czy rozwijana będzie opieka środowiskowa, wsparcie rówieśnicze (peer support) i współpraca międzysektorowa, czy raczej lepiej rozliczalne segmenty tradycyjnej opieki psychiatrycznej;
- czy jakość będzie rozumiana jako realna poprawa życia pacjenta, czy głównie jako zgodność dokumentacji z wymaganiami formalnymi.

10. Konkluzja syntetyczna

Najkrócej rzecz ujmując, obecny system organizacji opieki psychiatrycznej, konstytuowany w dużej mierze przez rozporządzenie koszykowe, obciążony jest następującym zespołem błędów:

Strukturalnym, bo buduje system z segmentów i produktów zamiast ze ścieżek opieki.
Systemowym, bo zarządza aktywnością świadczeniodawców bardziej niż zdrowiem

populacji.

Ontologicznym, bo utożsamia opiekę psychiatryczną ze zbiorem świadczeń.

Epistemologicznym, bo mierzy głównie to, co łatwo policzyć, a nie to, co najważniejsze wiedzieć.

Aksjologicznym, bo w praktyce premiuje rozliczalność i kontrolę administracyjną bardziej niż prawa, recovery i wartość dla pacjenta.

Metodologicznym, bo używa narzędzia finansowego jako zastępczej teorii systemu.

TEORIA FUNKCJONALNO-POPULACYJNEGO MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Prezentujemy docelowy model systemu opieki psychiatrycznej w Polsce zbudowany nie wokół katalogu świadczeń, lecz wokół funkcji zdrowotnych, odpowiedzialności populacyjnej, ciągłości ścieżki opieki i wartości zdrowotnej. Punktem odniesienia są trzy komplementarne perspektywy: WHO – zdrowie publiczne, prawa człowieka i opieka środowiskowa; EUCOMS – regionalny model środowiskowej opieki psychiatrycznej oparty na sześciu zasadach: prawa człowieka, zdrowie publiczne, zdrowienie, skuteczność oddziaływań, podejście sieciowe i wiedza wynikająca z doświadczenia; oraz VB-MH – logika wartości, czyli pomiaru wyników istotnych dla pacjenta w relacji do pełnego kosztu całego cyklu opieki. WHO akcentuje przejście od opieki instytucjonalnej do zintegrowanych usług środowiskowych skoncentrowanych na osobie i opartych na prawach człowieka; EUCOMS ujmuje psychiatrię jako regionalny system wspólnotowy, a nie zbiór izolowanych placówek; VBHC/VB-MH definiuje wartość jako poprawę wyników zdrowotnych ważnych dla pacjenta w relacji do kosztu ich osiągnięcia.

1. Teoria opieki psychiatrycznej, na której powinien być oparty system

Docelowy system powinien przyjąć bio-psycho-społeczną, środowiskową i zorientowaną na zdrowienie teorię opieki psychiatrycznej. Oznacza to, że zaburzenia psychiczne nie są traktowane wyłącznie jako „jednostki do farmakologicznego opanowania”, lecz jako stany wpływające na funkcjonowanie, relacje, role społeczne, bezpieczeństwo, mieszkanie, edukację i pracę. W takim ujęciu podstawową kategorią systemową nie jest procedura, lecz osoba w jej środowisku życia, a celem nie jest tylko redukcja objawów, ale także odzyskiwanie sprawczości, uczestnictwa społecznego i jakości życia. Takie podejście jest zgodne z rekomendacjami WHO, które promuje usługi skoncentrowane na osobie i oparte na prawach człowieka, oraz z EUCOMS, które wprost osadza środowiskową opiekę psychiatryczną w perspektywie zdrowia publicznego, zdrowienia i sieci wsparcia.

Z tej teorii wynikają cztery praktyczne tezy:

1. Opieka psychiatryczna jest systemem ciągłych ścieżek opieki, a nie sumą epizodów rozliczeniowych.
2. Istotna część skutecznej pomocy zachodzi poza gabinetem i poza oddziałem: w domu, rodzinie, szkole, miejscu pracy i sieci lokalnej.
3. Hospitalizacja powinna być traktowana jako element jednego ciągu opieki, a nie centralny punkt systemu.
4. Wiedza z doświadczenia osób korzystających z opieki psychiatrycznej i ich bliskich nie jest dodatkiem, lecz elementem konstytutywnym nowoczesnej opieki psychiatrycznej. To wprost odpowiada zasadom EUCOMS: podejścia sieciowego i wiedzy wynikającej z doświadczenia kryzysu psychicznego, oraz standardowi WHO Quality Rights, który łączy jakość z prawami człowieka i orientacją na zdrowienie.

2. Architektura docelowego systemu: jeden system, trzy strumienie

Docelowy system w Polsce nie powinien być zbudowany jako sztywna piramida referencyjna, lecz jako jeden system z trzema strumieniami funkcjonalnymi, powiązаныmi wspólną odpowiedzialnością za populację zamieszkującą dany obszar.

Taka konstrukcja lepiej odpowiada WHO i EUCOMS, bo umożliwia regionalne, sieciowe i środowiskowe zarządzanie opieką, a zarazem pozwala zastosować VB-MH tam, gdzie wyniki i koszty muszą być mierzone w całym cyklu opieki, a nie w pojedynczych punktach styku z systemem.

Strumień 1. Podstawowa opieka psychiatryczna

To strumień populacyjny. Obejmuje całokształt świadczeń zdrowotnych, w tym promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę, wczesną pomoc psychologiczną, pierwszy kontakt kryzysowy, triaż, interwencje kryzysowe, ambulatoryjną, środowiskową, dzienną i całodobową opiekę psychiatryczną. Jego zadaniem jest zapewnienie, aby każdy mieszkaniec miał szybki, niesegregujący i możliwie najbliższy miejscu życia dostęp do pierwszej pomocy oraz do prawidłowego skierowania na dalszą ścieżkę opieki. To odpowiada WHO-owskiemu przesunięciu ku usługom środowiskowym oraz EUCOMS-owej zasadzie perspektywy zdrowia publicznego, w której usługa działa dla zdrowia całej populacji obszaru, nie tylko dla osób już objętych leczeniem. Podstawowa opieka psychiatryczna jest finansowana populacyjnie per capita.

Strumień 2. Specjalistyczne programy terapeutyczne

To strumień specjalistyczny. Obejmuje ustrukturalizowane, czasowo określone programy diagnostyczno-terapeutyczne o udowodnionej skuteczności dla względnie jednorodnych grup pacjentów z podobnymi problemami zdrowia psychicznego oraz zbliżonym nasileniu potrzeb zdrowotnych i psychospołecznych, na przykład: programy leczenia psychoz, zaburzeń afektywnych, OCD, zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowo-depresyjnych, czy zintegrowanych programów podwójnej diagnozy. W logice VB-MH program nie jest osobnym świadczeniem zdrowotnym, lecz modułem w ścieżce opieki: ma jasno określone cele, mierniki wyniku, kryteria wejścia i wyjścia, kwalifikacje do programu. Specjalistyczne programy terapeutyczne pozostają w relacji do podstawowej opieki psychiatrycznej. W trakcie specjalistycznego programu terapeutycznego pozostaje aktywna koordynacja opieki na poziomie podstawowym, a po jej zakończeniu opieka jest tam kontynuowana w miarę potrzeby. Specjalistyczne programy terapeutyczne są finansowane pakietowo (bundle).

Strumień 3. Badania kliniczne i innowacje terapeutyczne

To strumień badań klinicznych i innowacji terapeutycznych. Obejmuje opiekę psychiatryczną powiązaną z badaniami klinicznymi, testowaniem innowacji diagnostyczno-terapeutycznych, kształcenie kadr medycznych i superwizję systemową. Jego rolą jest rozwijanie nowych metod farmakoterapii, psychoterapii, narzędzi cyfrowych, praktyk środowiskowych, protokołów dla grup wysokiego ryzyka oraz standaryzowanych zestawów miar wyników. Taki strumień jest zgodny z ideą transformacji systemu, o której pisze WHO: usługi mają nie tylko leczyć, ale też być projektowane, oceniane i doskonalone w oparciu o dane, prawa człowieka i doświadczenie użytkowników.

3. Operacyjne poziomy nasilenia potrzeb i intensywności opieki

W docelowym systemie poziomy nie powinny być rozumiane jako sztywne „szczeble referencyjne”, lecz jako operacyjne poziomy nasilenia potrzeb i intensywności opieki, pomiędzy którymi pacjent może płynnie przechodzić.

Poziom A: pomoc psychologiczna i ambulatoryjna opieka psychiatryczna bez farmakoterapii

To poziom dla osób z łagodnymi i umiarkowanymi trudnościami psychicznymi, zaburzeniami adaptacyjnymi, wczesnymi objawami, problemami funkcjonowania, przeciążeniem, długotrwałą żałobą, stresem zawodowym lub rodzinnym, a także dla części osób z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi, u których pierwszą interwencją nie musi być farmakoterapia. Dominują tu oddziaływania psychologiczno-psychoterapeutyczne, psychoedukacyjne, rodzinne i grupowe. Celem jest wczesna pomoc, ograniczenie progresji problemu i uniknięcie niepotrzebnej medykacji. Taki poziom jest zgodny z WHO-owskim naciskiem na dostępność, wczesne wsparcie i ograniczanie instytucjonalizacji oraz z orientacją EUCOMS na zdrowie publiczne.

Poziom B: ambulatoryjna opieka psychiatryczna z farmakoterapią i innymi oddziaływaniami biologicznymi

To poziom dla osób wymagających konsultacji lekarskiej, monitorowania ryzyka, diagnostyki psychiatrycznej, farmakoterapii, niekiedy innych biologicznych metod leczenia, ale zdolnych do samo-opieki i funkcjonujących na tyle wysoko, że możliwych do prowadzenia w trybie ambulatoryjnym (poradnianym). Z perspektywy WHO, EUCOMS i VB-MH farmakoterapia jest jednym z narzędzi w planie zdrowienia, a nie synonimem opieki psychiatrycznej, więc powinna być odpowiednio połączona z psychoedukacją, pomocą psychologiczną, psychoterapią.

Poziom C: intensywna opieka psychiatryczna zintegrowana z oparciem społecznym

To poziom dla osób doświadczających ostrego lub ciężkiego kryzysu psychicznego, z nawracającymi zaburzeniami psychicznymi lub złożonymi potrzebami zdrowotnymi, funkcjonalnymi i społecznymi: psychozami, zaburzeniami afektywnymi, z wysokim ryzykiem nawrotów, a także z osłabieniem samokrytycyzmu i zdolności do samo-opieki, obniżonym poziomem funkcjonowania społecznego, wyraźnym zagrożeniem wykluczeniem społecznym, bezdomnością, utratą ról społecznych i długotrwałą dezorganizacją życia. Jest to poziom przeznaczony dla osób, u których skuteczna opieka psychiatryczna nie może ograniczać się ani do ambulatoryjnego leczenia farmakologicznego, lecz musi obejmować skoordynowaną opiekę środowiskową, dzienną lub całodobową, ewentualnie z oparciem społecznym.

Poziom ten obejmuje mobilny zespół opieki środowiskowej, intensywną koordynację opieki, oddział dzienny, leczenie domowe, interwencję kryzysową, współpracę z rodziną i siecią społeczną, a gdy jest to konieczne – opiekę całodobową szpitalną lub hostelową, jako element jednej ścieżki opieki, z jasno określonym planem wejścia i wyjścia. Równocześnie obejmuje rehabilitację psychiatryczną i psychospołeczną, treningi umiejętności codziennego funkcjonowania, wsparcie w odzyskiwaniu i utrzymywaniu ról społecznych, współpracę z systemem pomocy społecznej, mieszkalnictwem wspieranym, rehabilitacją społeczną i zawodową oraz zatrudnieniem wspomaganym.

Ten poziom nie powinien być rozumiany jako połączenie „leczenia” i „dodatku socjalnego”, lecz jako właściwa forma opieki psychiatrycznej zintegrowanej z oparciem społecznym dla osób, których potrzeby mają jednocześnie wymiar kliniczny, środowiskowy i społeczny. W tym ujęciu poprawa stanu psychicznego nie jest oddzielona od poprawy funkcjonowania, bezpieczeństwa mieszkaniowego, zdolności do

utrzymania relacji, nauki i pracy. WHO i EUCOMS wyraźnie podkreślają, że pełnowartościowa opieka środowiskowa musi obejmować nie tylko oddziaływania medyczne, lecz także funkcjonowanie społeczne, sieć relacji, prawa człowieka i realne uczestnictwo w życiu wspólnoty. W polskim modelu oznacza to trwałe połączenie opieki psychiatrycznej z pomocą społeczną, rehabilitacją społeczną i zawodową oraz zatrudnieniem wspomaganiem, przy zachowaniu jednej, ciągłej odpowiedzialności za przebieg ścieżki opieki.

4. Standardy organizacyjne opieki psychiatrycznej

Docelowy standard organizacyjny powinien odpowiadać na pytanie nie „jakie świadczenia wolno rozliczyć”, lecz jak system ma działać jako całość. W praktyce oznacza to, że podstawową jednostką organizacyjną powinno być Centrum Zdrowia Psychicznego, jako organizacja odpowiedzialna za zdrowie psychiczne populacji na określonym obszarze, działająca w sieci z podwykonawcami i partnerami międzysektorowymi. CZP odpowiada za dostęp, triaż, koordynację ścieżek, współpracę z pomocą społeczną, edukacją, rynkiem pracy, mieszkaniem wspieranym i organizacjami użytkowników. Ten kierunek odpowiada zarówno WHO, jak i EUCOMS, które odchodzą od logiki rozproszonych, słabo skoordynowanych instytucji na rzecz regionalnie zorganizowanych modeli środowiskowej opieki psychiatrycznej. Minimalny standard organizacyjny powinien obejmować: punkt zgłoszeniowy i pierwszego kontaktu, zespół interwencji kryzysowej, zespół opieki środowiskowej, zespół ambulatoryjny; dzienny lub hostelowy komponent terapeutyczny; formalne zasady współpracy z oddziałem stacjonarnym; udział asystentów zdrowienia i organizacji użytkowników; wspólny plan terapii i zdrowienia; oraz zasady przekazywania odpowiedzialności przy przejściach między specjalistami i zespołami terapeutycznymi, poziomami intensywności opieki. WHO-owskie moduły dotyczące opieki środowiskowej w centrach zdrowia psychicznego, działań wyjazdowych, usług kryzysowych i wsparcia rówieśniczego pokazują właśnie taki układ funkcjonalny, a EUCOMS wskazuje, że asysta zdrowienia i podejście sieciowe są nieodzowne.

5. Model jakości

Docelowy model jakości w psychiatrii powinien łączyć rekomendację WHO, konsensus EUCOMS, logikę modelu jakości ochrony zdrowia Avandis Donadebiana oraz koncepcję ochrony zdrowia psychicznego opartej na wartościach VB-MH. Jakość trzeba mierzyć w czterech warstwach.

Po pierwsze, jakość struktury: dostępność punktu zgłoszeniowego, zespół wielodyscyplinarny, obecność opieki środowiskowej, wsparcie rówieśnicze, zdolność do leczenia domowego, integracja z pomocą społeczną i rynkiem pracy.

Po drugie, jakość procesu: czas do pierwszego kontaktu diagnostyczno-terapeutycznego od zgłoszenia, ciągłość po wypisie, odsetek pacjentów z planem terapii i zdrowienia, udział współdecydowania, regularność pomiaru efektów zdrowotnych i zadowolenia z doświadczenia opieki, kontakt z rodziną i siecią wsparcia.

Po trzecie, jakość wyników i efektów zdrowotnych: redukcja objawów, funkcjonowanie, jakość życia, zdolność do nauki i pracy, utrzymanie mieszkania, rehospitalizacje, samobójstwa i zdarzenia kryzysowe.

Po czwarte, jakość praw i doświadczenia: brak przemocy i przymusu tam, gdzie możliwe, poszanowanie autonomii, doświadczenie pacjenta i bliskich, stygmatyzacja, realny wpływ użytkowników na usługi.

Taki model wynika z WHO Quality Rights oraz z zasad zdrowienia i wiedzy wynikającej z doświadczenia, a VBHC dodaje wymóg odnoszenia tych wyników do kosztu całego cyklu opieki.

W praktyce oznacza to odejście od utożsamienia jakości z liczbą porad, osobodni i punktów rozliczeniowych. W opiece psychiatrycznej opartej na wartościach (VB-MH) dobra opieka psychiatryczna to nie ta, która „wyprodukowała” dużo aktywności i epizodycznych świadczeń, lecz ta, która osiągnęła istotne dla pacjenta efekty zdrowotne przy racjonalnym koszcie i bez naruszeń praw. Literatura dotycząca opieki psychiatrycznej opartej na wartości podkreśla właśnie potrzebę pomiaru wyników istotnych dla pacjentów w całym cyklu opieki.

6. Model zarządzania systemem

Docelowy model zarządzania powinien być populacyjno-funkcjonalny. Na poziomie centralnym państwo określa standard organizacyjny, koszyk świadczeń gwarantowanych jako narzędzie pomocnicze, minimalny zestaw wskaźników jakości i zasady finansowania. Na poziomie lokalnym Centrum Zdrowia Psychicznego odpowiada za zdrowie psychiczne mieszkańców obszaru, a nie tylko za „przerób kontraktowy”. Zarządzanie nie może się więc sprowadzać do nadzoru nad wykonaniem zakresów świadczeń; musi obejmować dostęp, przepływ pacjentów, jakość, wyniki, współpracę międzysektorową i redukcję przymusu oraz chronicznej instytucjonalizacji. Taki kierunek jest zgodny z WHO-owskim wezwaniem do transformacji systemowej oraz z EUCOMS-ową logiką regionalnie zorganizowanych modeli opieki środowiskowej.

W tym modelu potrzebne są co najmniej trzy poziomy zarządzania.

Makro: polityka zdrowotna, prawo, standardy organizacyjne opieki psychiatrycznej, finansowanie i krajowe zestawy mierników wyników.

Mezo: operator populacyjny odpowiedzialny za obszar i sieć świadczeniodawców.

Mikro: zespół kliniczny prowadzący plany terapii i zdrowienia konkretnych osoby w kryzysie psychicznym.

Problem wielu systemów polega na tym, że poziom makro miesza się z mikro przez nadmierne definiowanie opieki przez katalog produktów. Docelowo to standard organizacyjny opieki psychiatrycznej i model jakości mają konstituować system, a mechanizmy finansowania mają ten system wspierać. To jest już wniosek projektowy, ale oparty na WHO, EUCOMS i VBHC.

7. Miejsce rozporządzenia koszykowego o świadczeniach gwarantowanych

W polskim porządku prawnym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień istnieje jako akt określający zakres świadczeń gwarantowanych. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. było następnie nowelizowane. Samo istnienie takiego aktu jest normalne; problem zaczyna się wtedy, gdy koszyk przestaje być narzędziem ewidencji i taryfikacji, a staje się nieformalną „konstytucją” organizacji systemu. Wtedy to, co łatwo policzyć i rozliczyć, zaczyna definiować to, co jest uznawane za opiekę.

Docelowo rozporządzenie koszykowe powinno mieć rolę wtórną i pomocniczą. Nie

powinno definiować teorii psychiatrii, modelu organizacyjnego ani modelu jakości. Powinno jedynie: identyfikować typy świadczeń, wskazywać warunki minimalne, opisywać zasady sprawozdawczości pomocniczej i umożliwiać wycenę elementów opieki tam, gdzie potrzebne jest rozliczenie. Logika WHO, EUCOMS i VB-MH prowadzi do wniosku, że system powinien być najpierw zbudowany jako oparty na prawach człowieka, zorientowany na zdrowienie, środowiskowy i zorientowany na efekty zdrowotne, a dopiero potem wsparty odpowiednim koszykiem świadczeń gwarantowanych.

8. Mechanizmy finansowania

Docelowe finansowanie powinno być mieszane, bo różne strumienie wymagają różnych bodźców ekonomicznych.

Dla strumienia podstawowej opieki psychiatrycznej właściwy jest budżet populacyjny per capita na mieszkańca obszaru, skorygowany o wskaźniki ryzyka. To najlepiej wspiera odpowiedzialność za dostęp, profilaktykę, triaż, koordynację i wczesne interwencje, czyli te elementy, które w klasycznym modelu opłaty za usługę (fee-for-service) są niedofinansowane albo niewidoczne. VBHC podkreśla, że wartość mierzy się w całym cyklu opieki, a nie w pojedynczej usłudze, co wzmacnia argument za finansowaniem populacyjnym tam, gdzie celem jest zarządzanie zdrowiem populacji i ograniczanie eskalacji potrzeb.

Dla strumienia specjalistycznych programów terapeutycznych właściwe jest finansowanie pakietowe, czyli pakiety dla jasno opisanych jednorodnych grup potrzeb i ustrukturyzowanych procesów diagnostyczno-terapeutycznych.

Płatność powinna obejmować cały program, nie tylko pojedyncze kontakty (porady, osobodni), oraz zawierać komponent jakościowy zależny od wyników klinicznych, funkcjonalnych i doświadczenia pacjenta. To odpowiada logice wyników całego cyklu opieki w VBHC.

Dla strumienia badań i innowacji właściwe jest finansowanie mieszane: grantowe, jakościowe i kontraktowe, z wyraźnym komponentem wdrożeniowym. Ten strumień nie może być finansowany wyłącznie jak zwykła produkcja świadczeń, bo jego celem jest rozwój metod i poprawa jakości całego systemu. WHO akcentuje rolę transformacji usług i uczenia się systemu, a nie jedynie utrzymania istniejących struktur.

Hospitalizacja, oddział dzienny, leczenie domowe i intensywna opieka środowiskowa powinny być finansowane tak, by nie premiować ani sztucznego wydłużania pobytu, ani przerzucania pacjenta między segmentami dla korzyści rozliczeniowej. Dlatego potrzebne są mechanizmy neutralizujące bodźce czysto produkcyjne: wspólny budżet ścieżki, mechanizm podziału uzyskanych oszczędności zależny od jakości, wskaźniki rehospitalizacji, ciągłości po wypisie i stabilności funkcjonowania. To jest bezpośrednia konsekwencja VBHC oraz pośrednio WHO-owskiego odejścia od modelu instytucjonalnego.

9. Relacja między trzema strumieniami a poziomami intensywności

Najważniejsze jest to, że strumienie i poziomy nie są tym samym. Strumień mówi, jaka jest funkcja systemowa danego segmentu; poziom mówi, jak intensywnej opieki wymaga konkretna osoba. Pacjent może więc pozostawać w strumieniu podstawowym, ale czasowo wejść na wyższy poziom intensywności opieki; może także uczestniczyć w programie specjalistycznym, a równocześnie korzystać z zatrudnienia wspomaganego lub leczenia domowego. Ten sposób myślenia jest zgodny z ideą zintegrowanej i

skoordynowanej opieki promowaną przez WHO i EUCOMS oraz z VBHC, które wymaga mierzenia wartości na poziomie ścieżki, a nie izolowanej procedury.

10. Docelowa hierarchia aktów i logik systemowych

Docelowo porządek systemowy powinien wyglądać tak:

- A. Teoria i wartości systemu ochrony zdrowia psychicznego: oparty na prawach człowieka, zorientowany na zdrowienie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, ukierunkowany na zdrowie publiczne i oparty na wartości zdrowotnej.
- B. Standard organizacyjny: funkcje, odpowiedzialność populacyjna, minimalna architektura usług, współpraca międzysektorowa.
- C. Model jakości: wyniki, efekty zdrowotne, doświadczenie, prawa, ciągłość, sieć społeczna, bezpieczeństwo, włączenie społeczne.
- D. Model zarządzania i finansowania: budżet populacyjny, finansowanie programowe, komponenty jakościowe, dane dla całego cyklu opieki.
- E. Koszyk świadczeń: narzędzie pomocnicze do taryfikacji i sprawozdawczości.

Taki porządek jest spójny z duchem WHO i EUCOMS oraz z definicją wartości w VBHC. Odwrócenie tej kolejności — czyli organizowanie systemu od koszyka ku górze — prowadzi do dominacji produktów rozliczeniowych nad zdrowieniem i funkcjonowaniem.

11. Podsumowanie

Docelowy system opieki psychiatrycznej w Polsce powinien być systemem populacyjno-funkcjonalnym, a nie koszykowo-produkcyjnym. Jego fundamentem powinna być teoria psychiatrii oparta na zdrowieniu, prawach człowieka i wspólnotowości; jego strukturą — lokalnie organizowana sieć świadczeń zdrowotnych z trzema strumieniami; jego logiką jakości — wyniki, doświadczenie, prawa i funkcjonowanie; jego logiką zarządczą — odpowiedzialność za populację i ścieżki opieki; jego finansowaniem — mieszanka budżetu populacyjnego, finansowania pakietowego i komponentów jakościowych; a koszyk świadczeń gwarantowanych pełni wyłącznie rolę narzędzia do rachunku kosztów i sprawozdawczości, nie zaś ukrytego modelu psychiatrii. Taki kierunek jest zgodny z głównymi тезami WHO, EUCOMS i VB-MH.

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA - STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Wstęp

Reforma opieki psychiatrycznej w Polsce stoi obecnie przed momentem rozstrzygającym, który nie dotyczy jedynie zmian organizacyjnych, lecz wyboru fundamentalnego paradygmatu funkcjonowania całego systemu. Kluczową decyzją jest odejście od modelu opartego na rozliczaniu świadczeń (fee-for-service, logika koszykowa) na rzecz modelu odpowiedzialności populacyjnej, w którym punktem odniesienia staje się zdrowie psychiczne mieszkańców, a nie liczba wykonanych usług. W tym ujęciu celem systemu jest maksymalizacja wartości zdrowotnej – rozumianej jako poprawa stanu zdrowia, funkcjonowania i jakości życia – przy racjonalnym wykorzystaniu zasobów.

Warunkiem tej zmiany jest rozdzielenie organizacji systemu od mechanizmów finansowania. Oznacza to konieczność wprowadzenia standardów organizacyjnych opieki psychiatrycznej, które definiują funkcje systemu, ścieżki opieki i odpowiedzialność instytucji, a dopiero w dalszej kolejności dostosowania koszyka świadczeń jako narzędzia rozliczeniowego. Bez tego system pozostaje zorganizowany wokół produktów, a nie potrzeb zdrowotnych.

Na poziomie organizacyjnym kluczowe jest przejście do modelu odpowiedzialności terytorialnej, w którym jeden operator odpowiada za zdrowie psychiczne populacji danego obszaru, współpracując z siecią podmiotów lokalnych. Towarzyszy temu odejście od sztywnej, hierarchicznej struktury poziomów referencyjnych na rzecz modelu funkcjonalnego, opartego na ciągłych ścieżkach opieki. System powinien być uporządkowany w trzech komplementarnych strumieniach: opiece populacyjnej (profilaktyka, wczesna pomoc, koordynacja), programach specjalistycznych oraz obszarze badań i innowacji.

Zmianie musi ulec również mechanizm finansowania. Podstawą systemu powinien stać się budżet populacyjny, zapewniający stabilność działania i umożliwiający inwestowanie w działania środowiskowe i profilaktyczne. Finansowanie powinno być powiązane z jakością i efektami zdrowotnymi (VB-MH), co wymaga wdrożenia systemu pomiaru opartego na modelu jakości w ochronie zdrowia według Avedisa Donabediana: obejmującego strukturę, proces i wyniki, w tym wskaźniki funkcjonowania, jakości życia oraz doświadczenia pacjenta.

Niezbędnym elementem reformy jest także wzmocnienie koordynacji i integracji międzysektorowej – szczególnie z pomocą społeczną, edukacją i rynkiem pracy – ponieważ efekty opieki psychiatrycznej wykraczają poza system ochrony zdrowia. Równolegle konieczne jest określenie minimalnego, spójnego zakresu danych systemowych, który pozwoli monitorować nie tylko aktywność świadczeniodawców, lecz przede wszystkim efekty zdrowotne i bezpieczeństwo pacjentów.

W ujęciu syntetycznym reforma sprowadza się do przejścia od systemu zorientowanego na produkcję świadczeń do systemu odpowiedzialnego za zdrowie psychiczne populacji. Oznacza to zmianę logiki działania całego systemu: z „świadczenie – rozliczenie” na „potrzeba zdrowotna – ścieżka opieki – wartość zdrowotna”. Bez podjęcia tych decyzji

istnieje wysokie ryzyko utrwalenia fragmentacji opieki i nieskuteczności działań, niezależnie od poziomu finansowania.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki psychiatrycznej jest oparty na docelowym modelu zgodnym z WHO, EUCOMS i VB-MH. Jako podstawa legislacyjna dla rozporządzeń o standardach organizacyjnych służy art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, której tekst jednolity ogłoszono w lutym 2026 r.

Projekt odwraca obecną logikę „rozporządzenie koszykowe → konstytuuje organizację opieki psychiatrycznej”, przyjmując kolejność: **cele i wartości systemu → standard organizacyjny → model jakości → mechanizmy finansowania i sprawozdawczości pomocniczej (koszyk świadczeń)**. Taki kierunek jest spójny z rekomendacjami WHO, z konsensusem EUCOMS akcentującym odpowiedzialność za zdrowie psychiczne mieszkańców obszaru, podejście sieciowe i udział ekspertów przez doświadczenie, oraz z VB-MH, w którym wartość oznacza wyniki istotne dla pacjenta odnoszone do kosztu całego cyklu opieki.

Projekt

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 2026 r.

w sprawie standardów organizacyjnych opieki psychiatrycznej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. [Przedmiot rozporządzenia]

1. Rozporządzenie określa standardy organizacyjne opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych, zwane dalej „standardami”.
2. Standardy obejmują w szczególności:
 - a) cele i zasady organizacji opieki psychiatrycznej;
 - b) model funkcjonalny opieki psychiatrycznej;
 - c) minimalne wymagania organizacyjne dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie opieki psychiatrycznej;
 - d) zasady koordynacji, ciągłości i dostępności opieki;
 - e) zasady udziału osoby korzystającej z opieki, jej rodziny oraz innych osób bliskich;
 - f) zasady monitorowania jakości, wyników zdrowotnych i bezpieczeństwa;
 - g) relacje pomiędzy standardem organizacyjnym a świadczeniami gwarantowanymi oraz zasadami finansowania.

§ 2. [Zakres podmiotowy]

1. Standardy stosuje się do podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki psychiatrycznej finansowanych ze środków publicznych.
2. Standardy stosuje się odpowiednio do podmiotów współpracujących z podmiotami, o których mowa w ust. 1, jeżeli realizują zadania w ramach zintegrowanej ścieżki opieki psychiatrycznej, w szczególności w obszarze pomocy społecznej, rehabilitacji społecznej i zawodowej, mieszkalnictwa wspomagane, edukacji oraz zatrudnienia wspomagane.

§ 3. [Definicje]

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1. **opieka psychiatryczna** – zespół skoordynowanych działań zdrowotnych, psychologicznych, środowiskowych i społecznych służących ochronie zdrowia psychicznego, ograniczaniu skutków zaburzeń psychicznych, zdrowieniu, poprawie funkcjonowania oraz uczestnictwu społecznemu;
2. **populacja objęta opieką** – mieszkańcy określonego obszaru, dla których operator systemowy ponosi odpowiedzialność za zapewnienie dostępności i ciągłości opieki psychiatrycznej;
3. **zdrowienie** – indywidualny proces odzyskiwania sprawczości, funkcjonowania, bezpieczeństwa, relacji społecznych i jakości życia, niezależnie od utrzymywania się części objawów;
4. **ścieżka opieki** – uporządkowany, ciągły i skoordynowany przebieg udzielania pomocy dostosowany do potrzeb osoby korzystającej z opieki;
5. **opieka czynna** – aktywne działania zespołu terapeutycznego obejmujące leczenie, terapię oraz wsparcie środowiskowe;
6. **ciągłość opieki** – zapewnienie nieprzerwanego dostępu do adekwatnych form opieki bez nieuzasadnionych przerw lub zmian miejsca leczenia.
7. **program terapeutyczny** – ustrukturyzowany, celowy i czasowo określony moduł diagnostyczno-terapeutyczny realizowany w ramach ścieżki opieki;
8. **obszar odpowiedzialności populacyjnej** – określony terytorialnie obszar, którego mieszkańcom zapewnia się dostępność, koordynację i ciągłość opieki psychiatrycznej;
9. **operator opieki psychiatrycznej** – podmiot leczniczy odpowiedzialny za organizację, koordynację i monitorowanie opieki psychiatrycznej na obszarze odpowiedzialności populacyjnej;
10. **organizator** – kierownik podmiotu leczniczego lub konsorcjum podmiotów, które na podstawie umowy z Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za organizację i realizację opieki psychiatrycznej dla określonej populacji;
11. **kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego** – osoba wyznaczona przez kierownika podmiotu leczniczego, odpowiedzialna za zarządzanie organizacją opieki psychiatrycznej oraz realizację standardu organizacyjnego;

12. **koordynator opieki** – członek zespołu odpowiedzialny za uzgadnianie, monitorowanie i aktualizację ścieżki opieki;
13. **asystent zdrowienia** – osoba posiadająca doświadczenie kryzysu psychicznego i przygotowanie do wspierania osób korzystających z opieki;
14. **plan terapii i zdrowienia** – uzgodniony z osobą korzystającą z opieki dokument określający cele, oddziaływania, odpowiedzialności, sposób monitorowania i zasady przejścia między poziomami intensywności opieki;
15. **wyniki istotne dla pacjenta** – wyniki odnoszące się do stanu zdrowia, funkcjonowania, jakości życia, doświadczenia opieki oraz realizacji celów uznanych przez osobę korzystającą z opieki za ważne.

Rozdział 2

Cele, zasady i model docelowy opieki psychiatrycznej

§ 4. [Cele systemu]

Celem opieki psychiatrycznej jest:

1. zapewnienie osobom zamieszkującym obszar odpowiedzialności populacyjnej równego, możliwie wczesnego i niezwłocznego dostępu do pomocy;
2. prowadzenie opieki w sposób zorientowany na zdrowienie, funkcjonowanie i jakość życia;
3. ograniczanie hospitalizacji możliwych do uniknięcia oraz przeciwdziałanie chronicznej instytucjonalizacji;
4. zapewnienie ciągłości opieki między leczeniem ambulatoryjnym, środowiskowym, dziennym i stacjonarnym;
5. poszanowanie praw człowieka, godności, autonomii i zasady najmniej restrykcyjnej formy pomocy;
6. wspieranie uczestnictwa społecznego, edukacyjnego i zawodowego osób korzystających z opieki.

§ 5. [Zasady organizacyjne]

1. Opieka psychiatryczna jest organizowana jako system:
 - a) zorientowany na osobę, jej wartości i potrzeby;
 - b) środowiskowy i sieciowy;
 - c) populacyjny;
 - d) wielodyscyplinarny;
 - e) oparty na współdecydowaniu;
 - f) oparty na monitorowaniu jakości i efektów zdrowotnych.
2. Opieka psychiatryczna nie jest organizowana jako suma odrębnych, niepowiązanych ze sobą świadczeń zdrowotnych, osobno rozliczanych.

3. Gwarantowane świadczenia zdrowotne w opiece psychiatrycznej oraz mechanizmy finansowania mają charakter służebny wobec standardu organizacyjnego i ścieżki opieki.

§ 6. [Strumienie funkcjonalne systemu]

1. Opiekę psychiatryczną organizuje się w trzech wzajemnie powiązanych strumieniach funkcjonalnych:
 - a) **strumieniu podstawowej opieki psychiatrycznej;**
 - b) **strumieniu specjalistycznych programów terapeutycznych;**
 - c) **strumieniu badań klinicznych i innowacji terapeutycznych.**
2. Strumienie, o których mowa w ust. 1, pozostają elementami jednego systemu opieki psychiatrycznej i są integrowane na poziomie Centrum Zdrowia Psychicznego, jako operatora opieki psychiatrycznej oraz ścieżki opieki osoby korzystającej z pomocy.

§ 7. [Strumień podstawowej opieki psychiatrycznej]

1. Strumień podstawowej opieki psychiatrycznej obejmuje w szczególności:
 - a) promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę;
 - b) pierwszy kontakt i triaż;
 - c) interwencję kryzysową;
 - d) pomoc psychologiczno-psychoterapeutyczną;
 - e) ambulatoryjną opiekę psychiatryczną;
 - f) środowiskową opiekę psychiatryczną;
 - g) dzienną opiekę psychiatryczną;
 - h) całodobową opiekę psychiatryczną;
 - i) koordynację przejścia do wyższych poziomów intensywności opieki lub do programów terapeutycznych;
 - j) współpracę z podstawową opieką zdrowotną, pomocą społeczną, edukacją i innymi służbami lokalnymi.
2. Strumień podstawowej opieki psychiatrycznej jest realizowany w sposób zapewniający niski próg wejścia, możliwie krótkie czasy oczekiwania oraz dostępność możliwie blisko miejsca życia.

§ 8. [Strumień specjalistycznych programów terapeutycznych]

1. Strumień specjalistycznych programów terapeutycznych obejmuje ustrukturyzowane procesy diagnostyczno-terapeutyczne dla osób z jednorodnymi grupami potrzeb.
2. Program terapeutyczny określa co najmniej:
 - a) grupę docelową;
 - b) kryteria kwalifikacji;

- c) cele terapeutyczne w aspekcie objawowym i funkcjonalnym;
 - d) zakres oddziaływań terapeutycznych;
 - e) mierniki jakości i wyników;
 - f) zasady koordynacji z innymi elementami ścieżki opieki;
 - g) kryteria zakończenia lub kontynuacji programu.
3. Program terapeutyczny może dotyczyć w szczególności zaburzeń psychotycznych, zaburzeń afektywnych nawracających, zaburzeń lękowych i depresyjnych, zaburzeń osobowości, stanów kryzysowych o wysokim ryzyku nawrotu, współchorobowości psychiatryczno-somatycznej oraz podwójnej diagnozy.

§ 9. [Strumień badań klinicznych i innowacji terapeutycznych]

1. Strumień badań klinicznych i innowacji terapeutycznych obejmuje:
 - a) badania kliniczne i wdrożeniowe;
 - b) walidację nowych metod diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych;
 - c) rozwój narzędzi cyfrowych i telemedycznych;
 - d) wdrażanie i ocenę nowych modeli opieki;
 - e) dydaktykę, superwizję i rozwój kompetencji kadr.
2. Strumień ten pozostaje funkcjonalnie powiązany z pozostałymi strumieniami i służy doskonaleniu całego systemu opieki psychiatrycznej.

Rozdział 3

Operacyjne poziomy nasilenia potrzeb i intensywności opieki

§ 10. [Zasada operacyjnych poziomów opieki]

1. Opiekę psychiatryczną organizuje się z uwzględnieniem operacyjnych poziomów nasilenia potrzeb i intensywności opieki.
2. Poziomy, o których mowa w ust. 1, nie mają charakteru sztywnych poziomów referencyjnych.
3. Osoba korzystająca z opieki może przechodzić między poziomami w sposób płynny, odpowiednio do zmiany potrzeb klinicznych, funkcjonalnych i społecznych.

§ 11. [Poziom I]

1. Poziom I obejmuje pomoc psychologiczną oraz ambulatoryjną opiekę psychiatryczną bez farmakoterapii i innych oddziaływań biologicznych.
2. Na poziomie I zapewnia się w szczególności:
 - a) ocenę wstępną i triaż;
 - b) poradnictwo psychologiczne;
 - c) krótkoterminowe oddziaływania psychologiczne;

- d) psychoedukację;
- e) pracę z rodziną lub innymi osobami bliskimi;
- f) ocenę potrzeby przejścia na poziom II, III albo do programu terapeutycznego.

§ 12. [Poziom II]

1. Poziom II obejmuje ambulatoryjną opiekę psychiatryczną z farmakoterapią oraz innymi oddziaływaniami biologicznymi.
2. Na poziomie II zapewnia się w szczególności:
 1. poszerzoną diagnostykę psychiatryczną i medyczną;
 2. farmakoterapię;
 3. monitorowanie działań niepożądanych i bezpieczeństwa leczenia;
 4. plan terapeutyczny obejmujący także psychoedukację, pomoc psychologiczną i psychoterapię;
 5. ocenę potrzeby przejścia na poziom III.

§ 13. [Poziom III]

1. Poziom III obejmuje środowiskową opiekę psychiatryczną o wysokiej intensywności z interwencją kryzysową, leczeniem domowym, opieką dzienną lub całodobową, które są elementami ciągłej ścieżki opieki środowiskowej.
2. Na poziomie III zapewnia się w szczególności:
 - a) mobilne działania środowiskowe;
 - b) opiekę dzienną;
 - c) leczenie domowe;
 - d) interwencję kryzysową;
 - e) planowane przyjęcie lub pilne skierowanie do hospitalizacji, jeżeli jest to konieczne;
 - f) przygotowanie wypisu i kontynuacji opieki przed zakończeniem pobytu stacjonarnego lub dziennego.
3. Hospitalizacja ma charakter celowy i pozostaje podporządkowana ciągłości ścieżki opieki.

§ 14. [Poziom III+, opieka psychiatryczna z oparciem społecznym]

1. Poziom III+ obejmuje opiekę psychiatryczną z oparciem społecznym, czyli działania wspierające funkcjonowanie społeczne, mieszkalnictwo wspierane, rehabilitację społeczną i zawodową oraz zatrudnienie wspomagane.
2. Działania, o których mowa w ust. 1, stanowią integralny element ścieżki opieki osób wymagających długoterminowego wsparcia funkcjonalnego i społecznego.
3. CZP, jako operator opieki psychiatrycznej zapewnia formalną współpracę z podmiotami realizującymi działania, o których mowa w ust. 1.

Rozdział 4

Odpowiedzialność systemowa i organizacja opieki psychiatrycznej

§ 15. Zasada odpowiedzialności populacyjnej

Centrum Zdrowia Psychicznego jest organizacyjnie wyodrębnioną jednostką systemu ochrony zdrowia psychicznego, zapewniająca osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksową, skoordynowaną i dostępną opiekę psychiatryczną na określonym obszarze działania dla populacji 50-200 tys. dorosłych mieszkańców.

§ 16. Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego Centrum Zdrowia Psychicznego

1. Kierownik podmiotu leczniczego pełni funkcję **operatora systemowego**, odpowiedzialnego za:

- a) zawarcie i realizację umowy z NFZ,
- b) zapewnienie dostępności świadczeń dla populacji,
- c) utrzymanie stabilności finansowej i organizacyjnej populacyjnego systemu opieki psychiatrycznej,
- d) zapewnienie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych,
- e) odpowiedzialność za całościowe funkcjonowanie sieci współpracy wielopodmiotowej i międzyinstytucjonalnej.

2. Odpowiedzialność, o której mowa w ust. 1, obejmuje całość procesu opieki, niezależnie od liczby i rodzaju podmiotów uczestniczących w jej realizacji.

3. Odpowiedzialność ma charakter organizacyjny, funkcjonalny i wynikowy i nie ogranicza się do prawidłowości rozliczeń finansowych.

§ 17. Rozdzielenie funkcji systemowej i zarządczej

1. W celu zapewnienia skutecznego zarządzania opieką psychiatryczną w podmiocie leczniczym prowadzącym Centrum Zdrowia Psychicznego rozdziela się:

- a. funkcję pełnioną przez kierownika podmiotu leczniczego;
- b. funkcję pełnioną przez kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego.

2. Kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do wyznaczenia kierownika CZP. Obie funkcje mogą być łączone.

3. Niedopuszczalne jest:

- a) niewyznaczenie kierownika CZP;
- b) ograniczenie kompetencji kierownika CZP do roli wyłącznie koordynacyjnej lub opiniodawczej.

§ 18. Status kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego

1. W strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego Centrum Zdrowia Psychicznego wyznacza się kierownika CZP jako operatora zarządczego odpowiedzialnego za operacyjne funkcjonowanie systemu opieki psychiatrycznej dla populacji objętej opieką.
2. Kierownik CZP posiada status równoważny kierownikowi zakładu leczniczego w zakresie zarządzania organizacją opieki psychiatrycznej realizowanej w ramach Centrum.
3. Kierownik CZP działa w imieniu kierownika podmiotu leczniczego w zakresie określonym w niniejszym rozporządzeniu oraz w granicach udzielonego umocowania.
4. Kierownik CZP wykonuje swoje zadania w sposób samodzielny.

§ 19. Zakres odpowiedzialności kierownika CZP

1. Kierownik CZP ponosi odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu opieki psychiatrycznej na poziomie operacyjnym, w szczególności za:
 - a) zapewnienie ciągłości ścieżek opieki;
 - b) organizację dostępu do świadczeń i oddziaływań;
 - c) koordynację między formami opieki;
 - d) adekwatność form opieki do potrzeb zdrowotnych populacji;
 - e) minimalizację hospitalizacji możliwych do uniknięcia;
 - f) wdrażanie planów terapii i zdrowienia;
 - g) organizację opieki środowiskowej jako formy preferowanej;
 - h) współpracę międzysektorową;
 - i) działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki;
 - j) wczesną identyfikację i obsługę kryzysów psychicznych;
 - k) przeciwdziałanie stygmatyzacji oraz wspieranie integracji społecznej;
 - l) monitorowanie jakości i efektów zdrowotnych opieki.
2. Odpowiedzialność, o której mowa w ust. 1, ma charakter:
 1. funkcjonalny – obejmuje organizację procesów opieki;
 2. wynikowy – obejmuje osiągnięte efekty zdrowotne i funkcjonalne;
 3. populacyjny – odnosi się do całej populacji objętej opieką, niezależnie od miejsca udzielania świadczeń.

§ 20. Kompetencje zarządcze kierownika CZP

1. Kierownik CZP posiada kompetencje decyzyjne w zakresie organizacji opieki psychiatrycznej, w szczególności do:
 - a) tworzenia, przekształcania i likwidacji zespołów terapeutycznych;
 - b) określania zakresu zadań zespołów i ich wzajemnych relacji;
 - c) ustalania zasad triażu i kwalifikacji do ścieżek opieki;
 - d) kierowania przepływem pacjentów pomiędzy formami opieki;
 - e) określania intensywności opieki adekwatnej do poziomu potrzeb;

- f) organizacji opieki środowiskowej, ambulatoryjnej, dziennej i stacjonarnej jako jednego spójnego systemu;
- g) inicjowania i organizowania interwencji kryzysowych;
- h) określania standardów organizacyjnych pracy zespołów terapeutycznych;
- i) wdrażania modeli opieki opartych na wartościach (VB-MH), zdrowieniu i podejściu środowiskowym.

2. Decyzje kierownika CZP w zakresie, o którym mowa w ust. 1, są wiążące dla wszystkich podmiotów i zespołów realizujących opiekę psychiatryczną w ramach Centrum.

§ 21. Kompetencje w zakresie zarządzania personelem

1. Kierownik CZP posiada uprawnienia w zakresie zarządzania personelem realizującym opiekę psychiatryczną w ramach Centrum, obejmujące w szczególności:

- a) udział w doborze kadry;
- b) określanie zakresów obowiązków;
- c) przydział zadań i organizację czasu pracy;
- d) ocenę pracy personelu w zakresie realizacji standardu;
- e) inicjowanie działań rozwojowych, szkoleniowych i superwizyjnych;
- f) kształtowanie zespołów interdyscyplinarnych, w tym z udziałem asystentów zdrowienia.

2. W zakresie, o którym mowa w ust. 1, kierownik CZP działa w porozumieniu z kierownikiem podmiotu leczniczego, z zachowaniem autonomii organizacyjnej niezbędnej do realizacji funkcji CZP.

§ 22. Kompetencje w zakresie zasobów i majątku

1. Kierownik CZP posiada realny wpływ na alokację zasobów finansowych, rzeczowych i organizacyjnych niezbędnych do realizacji standardu organizacyjnego.

2. W szczególności kierownik CZP:

- a) współuczestniczy w planowaniu budżetu części dotyczącej CZP;
- b) decyduje o operacyjnym wykorzystaniu zasobów;
- c) inicjuje zmiany w strukturze zasobów, w tym przesunięcia między formami opieki;
- d) zgłasza potrzeby inwestycyjne i organizacyjne.

3. Niedopuszczalne jest ograniczenie wpływu kierownika CZP do funkcji opiniodawczej.

§ 23. Relacje organizacyjne

1. Kierownicy zespołów terapeutycznych oraz jednostek organizacyjnych realizujących opiekę psychiatryczną w ramach CZP podlegają kierownikowi CZP w zakresie:

- 1. organizacji pracy;
- 2. realizacji ścieżek opieki;

3. stosowania standardu organizacyjnego.
2. Kierownik CZP koordynuje również współpracę z podmiotami zewnętrznymi uczestniczącymi w realizacji opieki.

§ 24. Spójność zarządzania i nadrzędność standardu

1. W przypadku sprzeczności między decyzjami organizacyjnymi a standardem organizacyjnym, pierwszeństwo mają wymagania standardu.
2. Kierownik CZP jest zobowiązany do zapewnienia zgodności organizacji opieki z obowiązującym standardem.

§ 25. Jednoosobowość funkcji i odpowiedzialność

1. Funkcja kierownika CZP ma charakter jednoosobowy.
2. Niedopuszczalne jest rozproszenie kompetencji kierownika CZP pomiędzy kilka podmiotów lub stanowisk.
3. Kierownik CZP ponosi odpowiedzialność za:
 - a) jakość organizacji opieki;
 - b) dostępność świadczeń;
 - c) ciągłość ścieżek opieki;
 - d) osiągnięte efekty zdrowotne i funkcjonalne.

§ 26. [Zespół wielodyscyplinarny]

1. Opieka psychiatryczna jest realizowana przez zespół wielodyscyplinarny.
2. W skład zespołu wchodzi, odpowiednio do zakresu realizowanych zadań: lekarz specjalista psychiatrii, psycholog kliniczny, psychoterapeuta, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta środowiskowy, terapeuta zajęciowy, asystent zdrowienia oraz inne osoby posiadające kwalifikacje przydatne dla realizacji planu terapii i zdrowienia np. trener zatrudnienia, dietetyk.
3. Zespół działa w sposób skoordynowany i uzgadnia zakres odpowiedzialności poszczególnych członków.

§ 27. [Zarządzanie ścieżką opieki]

1. Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego odpowiada za organizację opieki w sposób zapewniający:

- a) brak nieuzasadnionych przerw w leczeniu;
- b) płynne przejścia między formami opieki;
- c) adekwatność form opieki do potrzeb;
- d) minimalizację hospitalizacji możliwych do uniknięcia.

2. Niedopuszczalne jest organizowanie opieki w sposób prowadzący do fragmentacji świadczeń lub rozdzielania ścieżki opieki.

§ 28 [Funkcja koordynacji opieki psychiatrycznej i integracji międzyinstytucjonalnej]

1. W Centrum Zdrowia Psychicznego ustanawia się funkcję koordynacji opieki psychiatrycznej i integracji międzyinstytucjonalnej, zwaną dalej „funkcją koordynacji”.
2. Funkcja koordynacji stanowi funkcję systemową zapewniającą spójność, ciągłość oraz adekwatność oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych i środowiskowych w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych populacji objętej odpowiedzialnością.
3. Za realizację funkcji koordynacji odpowiada kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego, działający w imieniu kierownika podmiotu leczniczego.
4. Funkcja koordynacji obejmuje w szczególności:
 - a) organizowanie i nadzorowanie procesu triażu, kwalifikacji do ścieżki opieki oraz aktualizacji planu terapii i zdrowienia;
 - b) zapewnienie ciągłości ścieżki opieki, w tym przejść pomiędzy formami opieki ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i stacjonarnej;
 - c) koordynację oddziaływań realizowanych przez różne zespoły i komórki organizacyjne Centrum Zdrowia Psychicznego;
 - d) koordynację współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w szczególności w zakresie leczenia somatycznego oraz leczenia uzależnień;
 - e) inicjowanie i utrzymywanie współpracy międzyinstytucjonalnej z podmiotami systemu zabezpieczenia społecznego, w tym jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, systemu oświaty, rynku pracy, wymiaru sprawiedliwości oraz organizacjami pozarządowymi;
 - f) zapewnienie udziału osób bliskich oraz sieci społecznej pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, z poszanowaniem praw pacjenta;
 - g) monitorowanie realizacji planu terapii i zdrowienia oraz osiągniętych wyników zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych;
 - h) identyfikację przerw w dostępności i ciągłości opieki oraz podejmowanie działań naprawczych;
 - i) zapewnienie przepływu informacji pomiędzy uczestnikami procesu opieki, z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych;
 - j) prowadzenie działań na rzecz integracji opieki zdrowotnej z oddziaływaniami społecznymi, w szczególności w obszarze rehabilitacji psychospołecznej, mieszkalnictwa wspieranego i zatrudnienia wspomagane.
5. Funkcja koordynacji realizowana jest w sposób ciągły, niezależnie od miejsca udzielania świadczeń oraz liczby podmiotów uczestniczących w procesie opieki.

6. W ramach funkcji koordynacji tworzy się lokalną sieć współpracy systemowej w obszarze zdrowia psychicznego, obejmującą w szczególności:
 - a) podmioty lecznicze;
 - b) jednostki organizacyjne pomocy społecznej;
 - c) podmioty systemu oświaty;
 - d) instytucje rynku pracy;
 - e) organizacje pozarządowe;
 - f) inne podmioty działające na rzecz zdrowia psychicznego.
7. Współpraca, o której mowa w ust. 6, może być realizowana w formie porozumień, zespołów międzyinstytucjonalnych, planów współpracy oraz wspólnych procedur postępowania.
8. Funkcja koordynacji podlega ocenie w ramach systemu monitorowania jakości opieki psychiatrycznej, w szczególności w zakresie:
 - a) dostępności opieki;
 - b) ciągłości ścieżek opieki;
 - c) skuteczności oddziaływań;
 - d) poziomu integracji międzyinstytucjonalnej;
 - e) doświadczeń pacjentów i ich rodzin.

Rozdział 5

Organizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego

§ 29. [Świadczenia pierwszego kontaktu, zgłoszeniowo-koordynacyjne i triażowe]

1. Świadczenia pierwszego kontaktu obejmują:
 - a) przyjęcie zgłoszenia osoby, rodziny, osoby bliskiej albo podmiotu współpracującego;
 - b) wstępną ocenę pilności i rodzaju potrzeb;
 - c) udzielenie informacji;
 - d) skierowanie do właściwego poziomu intensywności opieki albo programu terapeutycznego;
 - e) uruchomienie interwencji kryzysowej, jeżeli jest to konieczne.
2. Świadczenia te mogą być realizowane bez skierowania.

§ 30. [Interwencja kryzysowa]

1. Świadczenia interwencji kryzysowej obejmują niezwłoczne, zintegrowane działania diagnostyczne, terapeutyczne i środowiskowe podejmowane wobec osoby znajdującej się w kryzysie psychicznym, ukierunkowane na:

- a) rozpoznanie sytuacji kryzysowej w jej kontekście indywidualnym, rodzinnym i społecznym;
 - b) zapewnienie bezpieczeństwa oraz ograniczenie ryzyka dla życia i zdrowia;
 - c) stabilizację stanu psychicznego;
 - d) uruchomienie zasobów osobistych i środowiskowych;
 - e) utrzymanie osoby w jej naturalnym środowisku, jeżeli jest to możliwe i bezpieczne;
 - f) zapobieganie niepotrzebnej hospitalizacji całodobowej.
2. Świadczenia interwencji kryzysowej obejmują w szczególności:
- a) niezwłoczną ocenę stanu psychicznego, funkcjonowania oraz ryzyka;
 - b) rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych bez zbędnej zwłoki, w możliwie najkrótszym czasie od zgłoszenia;
 - c) organizację spotkań terapeutycznych z udziałem osoby w kryzysie oraz – za jej zgodą albo gdy jest to uzasadnione stanem zdrowia i przepisami prawa – członków rodziny, osób bliskich lub innych osób z jej sieci społecznej;
 - d) prowadzenie dialogu terapeutycznego ukierunkowanego na wspólne rozumienie sytuacji kryzysowej, włączenie perspektywy osoby korzystającej z opieki oraz jej otoczenia;
 - e) podejmowanie decyzji terapeutycznych w sposób możliwie wspólny, transparentny i uwzględniający różne perspektywy uczestników procesu;
 - f) zapewnienie ciągłości zespołu terapeutycznego w toku interwencji kryzysowej, w miarę możliwości przez tych samych członków zespołu;
 - g) ograniczenie stosowania interwencji o wysokim stopniu restrykcyjności do sytuacji bezwzględnie koniecznych;
 - h) planowanie dalszej ścieżki opieki od początku interwencji, z uwzględnieniem możliwości kontynuacji wsparcia w środowisku.
3. Świadczenia interwencji kryzysowej realizuje się zgodnie z zasadami:
- a) niezwłocznego reagowania;
 - b) dostępności w miejscu życia osoby, w tym w jej środowisku domowym;
 - c) włączania sieci społecznej;
 - d) dialogiczności i współdecydowania;
 - e) ciągłości zespołu terapeutycznego;
 - f) elastyczności form i intensywności oddziaływań;
 - g) tolerancji niepewności diagnostycznej i terapeutycznej w początkowej fazie kryzysu;
 - h) adekwatności i proporcjonalności podejmowanych działań.
4. Świadczenia interwencji kryzysowej mogą być realizowane:

- a) ambulatoryjnie;
 - b) środowiskowo, w tym w miejscu zamieszkania osoby;
 - c) w trybie leczenia domowego;
 - d) w formie dziennej;
 - e) w formie całodobowej – w przypadku braku możliwości zapewnienia bezpieczeństwa w warunkach mniej intensywnych.
5. W przypadku konieczności zastosowania świadczeń całodobowych należy:
- a) dążyć do możliwie krótkiego czasu ich trwania;
 - b) utrzymać kontakt osoby z jej siecią społeczną, o ile nie jest to sprzeczne z jej bezpieczeństwem;
 - c) zapewnić kontynuację podejścia dialogicznego po zakończeniu hospitalizacji.
6. Po zakończeniu ostrej fazy interwencji kryzysowej zapewnia się:
- a) nieprzerwaną kontynuację opieki w ramach ścieżki opieki;
 - b) przekazanie odpowiedzialności między poziomami opieki w sposób zapewniający ciągłość;
 - c) wsparcie środowiskowe, dzienne albo w ramach klubu zdrowienia, stosownie do potrzeb;
 - d) aktualizację planu terapii i zdrowienia.

§ 31. [Świadczenia diagnostyczne]

1. Świadczenia diagnostyczne obejmują:
 - a) ocenę psychiatryczną;
 - b) ocenę psychologiczną;
 - c) ocenę funkcjonowania psychospołecznego;
 - d) ocenę ryzyka samobójczego, autoagresywnego, przemocowego albo zaniedbania;
 - e) ocenę potrzeb środowiskowych i rodzinnych;
 - f) okresową reewaluację kliniczną i funkcjonalną.
2. Świadczenia diagnostyczne są realizowane w zakresie niezbędnym do ustalenia planu terapii i zdrowienia.

§ 32. [Plan terapii i zdrowienia]

1. Dla osoby wymagającej opieki wykraczającej poza jednorazową poradę sporządza się plan terapii i zdrowienia.
2. Plan terapii i zdrowienia zawiera co najmniej:
 - a) rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych;
 - b) cele terapeutyczne uzgodnione z osobą korzystającą z opieki;

- c) zakres oddziaływań;
- d) osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań;
- e) sposób monitorowania przebiegu i wyników;
- f) zasady współpracy z rodziną lub innymi osobami bliskimi, jeżeli osoba korzystająca z opieki wyraża zgodę lub jeżeli wynika to z odrębnych przepisów;
- g) zasady przejścia między poziomami intensywności opieki;
- h) zasady kontaktu lub plan postępowania kryzysowego.

§ 33. [Ciągłość opieki]

1. Przejście osoby między poziomami intensywności opieki, programami terapeutycznymi lub formami udzielania świadczeń wymaga zapewnienia ciągłości opieki.
2. W przypadku hospitalizacji plan kontynuacji opieki sporządza się przed wypisem.
3. Osobie wypisywanej ze szpitala lub oddziału dziennego zapewnia się termin i formę dalszego kontaktu dostosowane do stopnia ryzyka nawrotu, pogorszenia stanu psychicznego albo kryzysu psychicznego.

§ 34. [Koordynacja opieki]

1. Świadczenie koordynacji opieki przysługuje osobie, która wymaga opieki ciągłej, wieloformowej albo przechodzenia między poziomami intensywności opieki.
2. Świadczenie obejmuje:
 - a) uzgodnienie przebiegu ścieżki opieki;
 - b) ustalenie terminów i form dalszych kontaktów;
 - c) współpracę między członkami zespołu;
 - d) współpracę z rodziną, osobami bliskimi i podmiotami współdziałającymi;
 - e) przygotowanie i aktualizację planu terapii i zdrowienia.

§ 35. Ewaluacja efektów opieki psychiatrycznej

1. Ewaluacja efektów opieki psychiatrycznej stanowi integralną część procesu diagnostyczno-terapeutycznego i jest prowadzona w sposób ciągły oraz na jego zakończenie.
2. Ewaluacja obejmuje w szczególności:
 1. efekty kliniczne;
 2. efekty funkcjonalne;
 3. doświadczenia osoby korzystającej z opieki;
 4. efekty społeczne, w tym poziom integracji społecznej.
3. Ocena, o której mowa w ust. 2, dokonywana jest z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi pomiaru oraz oceny klinicznej zespołu terapeutycznego.
4. W ewaluacji uwzględnia się w szczególności:

1. zmianę nasilenia objawów psychicznych;
 2. zmianę poziomu funkcjonowania;
 3. poziom realizacji celów zdrowienia;
 4. poziom zaangażowania osoby w proces terapii;
 5. doświadczenia i opinie osoby korzystającej z opieki oraz jej bliskich.
5. Wyniki ewaluacji są:
1. wykorzystywane do aktualizacji planu terapii i zdrowienia;
 2. przekazywane osobie korzystającej z opieki w sposób zrozumiały;
 3. agregowane na poziomie populacyjnym w celu oceny jakości i efektywności opieki psychiatrycznej.
6. Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia warunki organizacyjne i techniczne do prowadzenia ewaluacji, w szczególności:
1. stosowanie narzędzi pomiaru wyników zdrowotnych i funkcjonalnych;
 2. gromadzenie i analizę danych;
 3. wykorzystanie wyników w zarządzaniu jakością opieki.

§ 36. [Pomoc psychologiczna i świadczenia psychoterapeutyczne]

1. Świadczenia psychologiczne obejmują:

- a) konsultacje psychologiczne;
- b) diagnoza psychologiczna;
- c) krótkie interwencje psychologiczne;
- d) poradnictwo psychologiczne;
- e) terapię wspierającą;
- f) psychoedukację;
- g) pracę z rodziną albo osobami bliskimi;
- h) monitorowanie stanu psychicznego i funkcjonowania bez wdrażania farmakoterapii.

2. Świadczenia psychoterapeutyczne obejmują:

- a) psychoterapię indywidualną;
- b) psychoterapię grupową;
- c) psychoterapię rodzinną;
- d) interwencje terapeutyczne o charakterze ustrukturyzowanym i krótkoterminowym;
- e) psychoterapię w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych.

Świadczenia psychoterapeutyczne są realizowane zgodnie z rozpoznaniem klinicznym, wskazaniami terapeutycznymi i planem terapii i zdrowienia.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 i 2 są realizowane we wszystkich formach opieki, lecz stosowanie ich bez oddziaływań biologicznych (farmakoterapii) jest dedykowane w szczególności wobec osób z łagodnymi albo umiarkowanymi zaburzeniami psychicznymi, kryzysami adaptacyjnymi lub we wczesnych fazach problemów psychicznych.

§ 37. [Ambulatoryjna opieka psychiatryczna z farmakoterapią i innymi oddziaływaniami biologicznymi]

1. Świadczenia te obejmują:
 - a) konsultacje lekarskie psychiatryczne;
 - b) ordynację i monitorowanie farmakoterapii;
 - c) monitorowanie działań niepożądanych, adherencji i bezpieczeństwa;
 - d) kwalifikację do innych oddziaływań biologicznych przewidzianych przepisami odrębnymi;
 - e) łączenie postępowania biologicznego z oddziaływaniami psychologicznymi, psychoedukacyjnymi i środowiskowymi.
2. Świadczenia te nie mogą być realizowane wyłącznie jako czynność receptowa, bez oceny klinicznej, funkcjonalnej i planu dalszego postępowania, z wyjątkiem sytuacji nagłych albo technicznie uzasadnionych wizyt kontynuacyjnych.

§ 38. [Świadczenia środowiskowe i domowe]

1. Świadczenia środowiskowe i domowe obejmują:
 - a) wizyty środowiskowe;
 - b) terapię i wsparcie w miejscu zamieszkania albo pobytu;
 - c) pracę z rodziną i siecią społeczną;
 - d) monitorowanie ryzyka nawrotu i dezorganizacji życia;
 - e) wspieranie utrzymania kontaktu z leczeniem i funkcjonowania społecznego;
 - f) działania przygotowujące do wypisu albo zapobiegające hospitalizacji możliwej do uniknięcia.
2. Świadczenia te realizuje się w szczególności wobec osób z ciężkimi, nawracającymi albo złożonymi zaburzeniami psychicznymi, u których sama opieka ambulatoryjna jest niewystarczająca.

§ 39. [Świadczenia dzienne]

1. Świadczenia dzienne obejmują zorganizowane, wieloprofilowe oddziaływania diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne i wspierające, realizowane bez konieczności całonocnego pobytu osoby korzystającej z opieki.
2. Świadczenia dzienne służą w szczególności:
 - a) pogłębieniu diagnostyki;
 - b) prowadzeniu terapii o intensywności wyższej niż w opiece ambulatoryjnej;

- c) stabilizacji stanu psychicznego;
 - d) poprawie funkcjonowania psychospołecznego;
 - e) zapobieganiu hospitalizacji całodobowej albo skróceniu czasu jej trwania;
 - f) przygotowaniu osoby do dalszego funkcjonowania w środowisku.
3. Świadczenia dzienne obejmują w szczególności:
- a) diagnostykę pogłębioną;
 - b) farmakoterapię oraz monitorowanie jej skuteczności i bezpieczeństwa;
 - c) psychoterapię indywidualną, grupową albo rodzinną;
 - d) psychoedukację;
 - e) terapię zajęciową;
 - f) rehabilitację psychiatryczną i psychospołeczną;
 - g) treningi umiejętności społecznych, samodzielności i radzenia sobie w codziennym funkcjonowaniu;
 - h) oddziaływania ukierunkowane na odbudowę lub podtrzymanie ról społecznych, edukacyjnych i zawodowych;
 - i) przygotowanie do dalszego funkcjonowania w środowisku;
 - j) formy wsparcia realizowane w ramach klubu zdrowienia.
4. Formy wsparcia realizowane w ramach klubu zdrowienia mogą obejmować w szczególności:
- a) wsparcie rówieśnicze;
 - b) działania samopomocowe;
 - c) grupy zdrowienia;
 - d) aktywizację społeczną;
 - e) treningi umiejętności życiowych;
 - f) działania wzmacniające sprawczość, odpowiedzialność własną i uczestnictwo społeczne;
 - g) wsparcie utrzymania efektów terapii po zakończeniu bardziej intensywnych oddziaływań.
5. Świadczenia dzienne stosuje się, gdy zakres potrzeb osoby korzystającej z opieki przekracza możliwości opieki ambulatoryjnej albo ambulatoryjno-środowiskowej o niższej intensywności, lecz nie wymaga udzielania świadczeń całodobowych na oddziale psychiatrycznym.
6. Świadczenia dzienne realizuje się jako element ścieżki opieki, w powiązaniu z opieką ambulatoryjną, środowiskową, klubem zdrowienia, hostelem psychiatrycznym albo opieką całodobową, z zapewnieniem planu kontynuacji oddziaływań po zakończeniu tej formy opieki.
7. Klub zdrowienia może stanowić:

- a) integralny element świadczeń dziennych;
- b) formę wsparcia towarzyszącą świadczeniom dziennym;
- c) etap podtrzymujący proces zdrowienia po zakończeniu leczenia dziennego, środowiskowego albo całodobowego.

§ 40. [Świadczenia całodobowe]

1. Świadczenia całodobowe obejmują świadczenia wymagające zapewnienia osobie korzystającej z opieki zorganizowanego pobytu całodobowego, odpowiednio do nasilenia jej potrzeb klinicznych, funkcjonalnych i społecznych.
2. Świadczenia całodobowe realizuje się w szczególności w formie:
 - a) opieki na oddziale psychiatrycznym całodobowym;
 - b) opieki hostelowej realizowanej w hostelu psychiatrycznym.
3. Oddział psychiatryczny całodobowy jest formą świadczeń całodobowych o najwyższej intensywności, przeznaczoną dla osób wymagających całodobowego nadzoru, intensywnej diagnostyki, terapii albo zabezpieczenia stanu psychicznego.
4. Hostel psychiatryczny jest formą przejściowej opieki całodobowej o niższej intensywności niż oddział psychiatryczny całodobowy, przeznaczoną dla osób:
 - a) niewymagających pełnego zabezpieczenia szpitalnego;
 - b) potrzebujących czasowego, zorganizowanego i wspieranego pobytu całodobowego;
 - c) wymagających readaptacji, stabilizacji albo przygotowania do samodzielniejszego funkcjonowania w środowisku;
 - d) wymagających przejściowego wsparcia po zakończeniu hospitalizacji albo w celu uniknięcia hospitalizacji, jeżeli stan psychiczny na to pozwala.
5. Świadczenia całodobowe obejmują w szczególności:
 - a) całodobową obserwację, diagnostykę i terapię psychiatryczną;
 - b) farmakoterapię i monitorowanie bezpieczeństwa leczenia;
 - c) oddziaływania psychologiczne, psychoterapeutyczne, psychoedukacyjne i rehabilitacyjne;
 - d) działania ukierunkowane na stabilizację stanu psychicznego;
 - e) przygotowanie do przejścia do mniej intensywnych form opieki;
 - f) w przypadku hostelu psychiatrycznego – oddziaływania readaptacyjne, treningowe, wspierające i reintegracyjne.
6. Świadczenia całodobowe realizuje się, gdy:
 - a) stan psychiczny osoby wymaga całodobowego nadzoru, zabezpieczenia albo intensywnej terapii;

- b) zagrożenie dla życia, zdrowia albo bezpieczeństwa własnego lub innych osób nie może być adekwatnie opanowane w warunkach mniej intensywnych lub mniej restrykcyjnych;
 - c) wcześniejsze formy opieki ambulatoryjnej, środowiskowej albo dziennej okazały się niewystarczające;
 - d) osoba po zakończeniu ostrej fazy kryzysu psychicznego wymaga przejściowej opieki hostelowej jako etapu readaptacji, stabilizacji albo przygotowania do dalszego funkcjonowania w środowisku;
 - e) warunki społeczne, rodzinne albo mieszkaniowe czasowo uniemożliwiają bezpieczne prowadzenie opieki wyłącznie w środowisku domowym, mimo że stan osoby nie wymaga hospitalizacji oddziałowej.
7. Świadczenia całodobowe realizuje się zgodnie z zasadą możliwie najmniej restrykcyjnej, lecz zarazem bezpiecznej i skutecznej formy pomocy, odpowiedniej do stanu osoby korzystającej z opieki.
8. Świadczenia całodobowe są realizowane jako element ścieżki opieki, z obowiązkiem przygotowania planu dalszego postępowania przed zakończeniem pobytu, obejmującego w szczególności zasady przejścia do opieki ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej, klubu zdrowienia albo hostelu psychiatrycznego.
9. Pobyt w hostelu psychiatrycznym ma charakter przejściowy i celowy oraz nie może zastępować długoterminowego zabezpieczenia mieszkaniowego, pomocy społecznej ani opieki instytucjonalnej niewynikającej z potrzeb zdrowotnych.

§ 41. [Rehabilitacja psychiatryczna i psychospołeczna]

1. Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej i psychospołecznej obejmują oddziaływania służące poprawie funkcjonowania codziennego, społecznego, edukacyjnego i zawodowego.
2. Świadczenia te mogą obejmować w szczególności:
 - a) treningi umiejętności społecznych;
 - b) treningi samodzielności;
 - c) terapię zajęciową;
 - d) działania wspierające utrzymanie lub odzyskanie ról społecznych;
 - e) zdrowotne komponenty rehabilitacji związanej z powrotem do pracy lub edukacji.

§ 42. [Wsparcie rówieśnicze i rola asystenta zdrowienia]

1. W Centrum Zdrowia Psychicznego ustanawia się funkcję wsparcia rówieśniczego jako integralny element opieki psychiatrycznej ukierunkowanej na zdrowienie.
2. Wsparcie rówieśnicze polega na udzielaniu osobom w kryzysie psychicznym pomocy przez osoby posiadające doświadczenie własne kryzysu psychicznego oraz procesu zdrowienia, przygotowane do pełnienia tej roli w sposób profesjonalny.
3. Wsparcie rówieśnicze realizowane jest przez asystenta zdrowienia.

4. Asystent zdrowienia jest członkiem zespołu diagnostyczno-terapeutycznego i uczestniczy w realizacji planu terapii i zdrowienia.

5. Do zadań asystenta zdrowienia należy w szczególności:

- a) udzielanie wsparcia emocjonalnego i motywacyjnego opartego na doświadczeniu zdrowienia;
- b) wzmacnianie sprawczości, nadziei oraz poczucia wpływu osoby korzystającej z opieki;
- c) wspieranie osoby w rozumieniu własnych doświadczeń kryzysu psychicznego oraz w korzystaniu z dostępnych form pomocy;
- d) współudział w opracowaniu i realizacji planu terapii i zdrowienia, w szczególności w zakresie celów funkcjonalnych i społecznych;
- e) wspieranie utrzymania ciągłości opieki, w tym towarzyszenie w przejściach pomiędzy formami opieki;
- f) wspieranie integracji społecznej, w tym w obszarze relacji społecznych, aktywności zawodowej i samodzielnego funkcjonowania;
- g) współpraca z rodziną i siecią społeczną osoby, z poszanowaniem jej autonomii i praw;
- h) współpraca z zespołem terapeutycznym w zakresie przekazywania perspektywy osoby korzystającej z opieki.

6. Wsparcie rówieśnicze realizowane jest w różnych formach opieki, w szczególności w opiece środowiskowej, ambulatoryjnej, dziennej oraz w oddziale stacjonarnym.

7. Wsparcie rówieśnicze ma charakter dobrowolny i jest realizowane za zgodą osoby korzystającej z opieki.

8. Asystent zdrowienia wykonuje swoje zadania z zachowaniem zasad poufności, poszanowania godności, autonomii oraz praw pacjenta.

9. Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia warunki organizacyjne dla realizacji wsparcia rówieśniczego, w szczególności:

- a) włączenie asystentów zdrowienia do zespołów terapeutycznych;
- b) określenie zakresu zadań i odpowiedzialności asystenta zdrowienia;
- c) zapewnienie superwizji oraz wsparcia merytorycznego;
- d) zapewnienie dostępu do szkoleń przygotowujących do pełnienia roli asystenta zdrowienia.

10. Wsparcie rówieśnicze stanowi element systemu jakości opieki psychiatrycznej i podlega monitorowaniu w szczególności w zakresie:

- a) doświadczeń osób korzystających z opieki;
- b) poziomu zaangażowania w proces zdrowienia;
- c) utrzymania ciągłości opieki;
- d) efektów funkcjonalnych i społecznych.

§ 43. [Specjalistyczne programy terapeutyczne]

1. Świadczenia specjalistycznych programów terapeutycznych są realizowane w ramach programów przeznaczonych dla osób o szczególnych potrzebach klinicznych, funkcjonalnych albo społecznych.
2. Program terapeutyczny określa co najmniej:
 - a) populację docelową;
 - b) kryteria kwalifikacji;
 - c) zestaw świadczeń gwarantowanych wchodzących w skład programu;
 - d) minimalny czas trwania albo ramy czasowe programu;
 - e) wymagane pomiary kliniczne i funkcjonalne;
 - f) kryteria zakończenia, kontynuacji lub zmiany programu.
3. Programy, o których mowa w ust. 1, mogą dotyczyć w szczególności:
 - a) psychoz i ciężkich zaburzeń psychotycznych;
 - b) zaburzeń afektywnych nawracających;
 - c) zaburzeń lękowych i depresyjnych o przebiegu przewlekłym lub opornym;
 - d) zaburzeń osobowości;
 - e) kryzysów suicydalnych;
 - f) współchorobowości psychiatryczno-somatycznej;
 - g) zaburzeń psychicznych wymagających wysokiej intensywności opieki środowiskowej.

§ 44. [Badania kliniczne i innowacje terapeutyczne]

1. Świadczenia realizowane w strumieniu badań klinicznych i innowacji terapeutycznych mogą być finansowane ze środków publicznych w zakresie wynikającym z przepisów odrębnych.
2. Świadczenia te pozostają częścią ścieżki opieki osoby korzystającej z pomocy, o ile nie narusza to przepisów dotyczących badań klinicznych, eksperymentów medycznych i ochrony praw pacjenta.

Rozdział 6

Strumienie funkcjonalne i poziomy intensywności opieki

§ 45. [Strumienie funkcjonalne]

1. Świadczenia gwarantowane realizuje się w ramach:
 - a) strumienia podstawowej opieki psychiatrycznej;
 - b) strumienia specjalistycznych programów terapeutycznych;
 - c) strumienia badań klinicznych i innowacji terapeutycznych.

2. Do strumienia podstawowej opieki psychiatrycznej zalicza się w szczególności świadczenia określone w § 8–18, realizowane poza programami specjalistycznymi i poza badaniami klinicznymi.

§ 46. [Poziomy intensywności opieki]

1. W ramach opieki psychiatrycznej wyróżnia się następujące poziomy intensywności:
 - a) poziom I – pomoc psychologiczna i ambulatoryjna opieka psychiatryczna bez farmakoterapii;
 - b) poziom II – ambulatoryjna opieka psychiatryczna z farmakoterapią oraz innymi oddziaływaniami biologicznymi;
 - c) poziom III – środowiskowa opieka psychiatryczna, leczenie domowe, opieka dzienna, interwencja kryzysowa i hospitalizacja jako element ciągłej ścieżki opieki;
 - d) poziom III+ – rehabilitacja psychiatryczna, oparcie społeczne oraz zdrowotne komponenty współpracy z mieszkalnictwem wspieranym i zatrudnieniem wspomagany.
2. Poziomy intensywności mają charakter operacyjny i nie tworzą odrębnych, sztywnych poziomów referencyjnych.

§ 47. [Zasady przejścia między poziomami]

1. Przejście między poziomami intensywności opieki następuje:
 - a) w razie zmiany stanu psychicznego;
 - b) w razie zmiany poziomu funkcjonowania;
 - c) w razie nieskuteczności dotychczasowych oddziaływań;
 - d) w razie narastania ryzyka klinicznego albo społecznego;
 - e) po zakończeniu hospitalizacji, opieki dziennej albo programu specjalistycznego.
2. Każde przejście wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej oraz wskazania dalszego planu postępowania.

Rozdział 7

Prawa osoby korzystającej z opieki

§ 48. [Prawa osoby korzystającej z opieki]

1. Opieka psychiatryczna jest realizowana z poszanowaniem godności, autonomii, prawa do informacji oraz prawa do współdecydowania.
2. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego, izolacji lub innych ograniczeń wolności może następować wyłącznie na zasadach określonych w przepisach odrębnych i z zachowaniem zasady najmniejszej koniecznej ingerencji.

3. Osobie korzystającej z opieki zapewnia się możliwość udziału asystenta zdrowienia, osoby bliskiej albo innej wskazanej osoby wspierającej, o ile nie pozostaje to w sprzeczności z jej wolą lub bezpieczeństwem.

Rozdział 8

Model jakości i monitorowanie wyników

§ 49. [Wymiary jakości]

Jakość opieki psychiatrycznej monitoruje się co najmniej w następujących wymiarach:

1. jakość kliniczna;
2. jakość konsumencka;
3. jakość zarządcza;

§ 50. [Wskaźniki jakości]

1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze obwieszczenia lub wytycznych, minimalny krajowy zestaw wskaźników jakości i wyników.

§ 51. [Wyniki istotne dla pacjenta]

1. Monitorowanie jakości obejmuje wyniki, efekty zdrowotne, istotne dla pacjenta.
2. Wyniki, o których mowa w ust. 1, odnoszą się do całego cyklu opieki, a nie wyłącznie do pojedynczych świadczeń.
3. Dane jakościowe i wynikowe wykorzystuje się do poprawy organizacji opieki, a nie wyłącznie do ewidencji rozliczeniowej.

Rozdział 9

Relacja standardu organizacyjnego do koszyka świadczeń gwarantowanych i mechanizmów finansowania

§ 52. [Zasada nadrzędności standardu organizacyjnego]

1. Standard organizacyjny opieki psychiatrycznej stanowi podstawę projektowania świadczeń gwarantowanych, zasad sprawozdawczości i mechanizmów finansowania.
2. Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień nie stanowi samoistnego standardu organizacyjnego opieki psychiatrycznej.
3. Katalog świadczeń gwarantowanych służy zapewnieniu dostępności świadczeń, ich taryfikacji oraz rozliczaniu, z poszanowaniem standardu organizacyjnego.

§ 53. [Zasady finansowania wspierające standard]

1. Mechanizmy finansowania opieki psychiatrycznej powinny wspierać:
 - a) odpowiedzialność populacyjną;
 - b) ciągłość ścieżki opieki;
 - c) rozwój opieki środowiskowej;
 - d) poprawę wyników istotnych dla pacjenta.

2. Dla strumienia podstawowej opieki psychiatrycznej preferuje się finansowanie populacyjne lub budżetowe.
3. Dla specjalistycznych programów terapeutycznych preferuje się finansowanie pakietowe.
4. Dla badań klinicznych i innowacji terapeutycznych stosuje się finansowanie mieszane, w tym grantowe, jakościowe i kontraktowe.
5. Mechanizmy finansowania nie mogą premiować wyłącznie wolumenu świadczeń bez uwzględnienia jakości, ciągłości i wyników.

§ 54. [Sprawozdawczość]

1. Sprawozdawczość w opiece psychiatrycznej obejmuje dane niezbędne do:
 - a) zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości opieki;
 - b) monitorowania jakości i wyników;
 - c) racjonalnego finansowania;
 - d) oceny dostępności świadczeń dla populacji mieszkańców na obszarze.
2. Zakres sprawozdawczości powinien być proporcjonalny, interoperacyjny i możliwie najmniej obciążający dla personelu medycznego.

§ 55. Transparentność organizacyjna

1. Kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do prowadzenia i udostępniania danych dotyczących:
 - a) struktury opieki;
 - b) przepływu pacjentów;
 - c) czasu oczekiwania;
 - d) udziału poszczególnych form opieki.
2. Dane, o których mowa w ust. 1, służą ocenie jakości zarządzania systemem opieki psychiatrycznej.

§ 56. Nadzór funkcjonalny

1. Realizacja standardu organizacyjnego podlega nadzorowi funkcjonalnemu.
2. Nadzór funkcjonalny obejmuje w szczególności:
 - a) analizę ścieżek opieki;
 - b) ocenę ciągłości i koordynacji;
 - c) ocenę adekwatności form opieki do potrzeb populacji.
3. Nadzór funkcjonalny jest niezależny od kontroli finansowej i formalnej.

Rozdział 10

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 57. [Plan wdrożenia]

1. Podmioty lecznicze objęte standardem organizacyjnym dostosują organizację opieki do wymagań rozporządzenia w terminie 18 miesięcy od dnia jego wejścia w życie.
2. W terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia operatorzy opracują lokalny plan wdrożenia standardu.
3. W terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia przedstawi minimalny krajowy zestaw wskaźników jakości i wyników.

§ 57. [Wejście w życie]

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

ZAŁĄCZNIK NR 1 - WSKAŹNIKI JAKOŚCI W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

§1. Cel i zakres

1. Niniejszy załącznik określa **minimalny zestaw wskaźników jakości** stosowanych w systemie opieki psychiatrycznej.
2. Wskaźniki służą:
 1. ocenie jakości świadczeń,
 2. zarządzaniu opieką na poziomie populacji,
 3. powiązaniu jakości z finansowaniem,
 4. monitorowaniu bezpieczeństwa pacjentów.
3. Wskaźniki dzieli się na:
 1. **jakość kliniczną,**
 2. **jakość konsumencką,**
 3. **jakość zarządczą.**

Rozdział 1. Wskaźniki jakości klinicznej

§2. Definicja

Jakość kliniczna obejmuje **efekty zdrowotne, bezpieczeństwo oraz adekwatność interwencji terapeutycznych**, w tym poprawę objawów, funkcjonowania i przebiegu choroby.

§3. Wskaźniki podstawowe (obowiązkowe)

1. Efekty kliniczne (PROM)

1. Odsetek pacjentów z istotną poprawą stanu psychicznego mierzoną standaryzowanymi skalami (np. depresja, lęk).
2. Średnia zmiana wyniku w skalach objawowych między początkiem a zakończeniem epizodu opieki.

2. Funkcjonowanie psychospołeczne

1. Odsetek pacjentów z poprawą funkcjonowania (np. zdolność do samodzielnego życia, nauki, pracy).
2. Zmiana poziomu funkcjonowania między początkiem a końcem opieki.

3. Stabilność kliniczna

1. Wskaźnik readmisji psychiatrycznych:
 - w ciągu 30 dni,

- w ciągu 90 dni.
- 2. Liczba hospitalizacji na pacjenta w okresie 12 miesięcy.

4. Bezpieczeństwo pacjenta

1. Liczba hospitalizacji przymusowych.
2. Liczba zdarzeń niepożądanych (w tym samouszkodzenia, próby samobójcze w trakcie opieki).
3. Liczba zgonów samobójczych w populacji objętej opieką.

5. Adekwatność opieki

1. Odsetek pacjentów objętych opieką środowiskową zamiast hospitalizacji (jeżeli klinicznie możliwe).
2. Średni czas hospitalizacji psychiatrycznej.

§4. Wskaźniki uzupełniające

1. Czas do uzyskania stabilizacji klinicznej.
2. Odsetek pacjentów kontynuujących leczenie po wypisie ze szpitala (follow-up ≤ 7 dni).
3. Wskaźnik przerwania leczenia (drop-out).

Rozdział 2. Wskaźniki jakości konsumenckiej

§5. Definicja

Jakość konsumencka obejmuje **doświadczenie pacjenta, jego podmiotowość, dostępność opieki oraz zgodność opieki z jego potrzebami i wartościami.**

§6. Wskaźniki podstawowe (PREM)

1. Doświadczenie pacjenta

1. Odsetek pacjentów pozytywnie oceniających:
 - relację z personelem,
 - poczucie bycia wysłuchanym,
 - udział w podejmowaniu decyzji.

2. Poczucie bezpieczeństwa

1. Odsetek pacjentów deklarujących poczucie bezpieczeństwa w trakcie leczenia.

2. Odsetek pacjentów zgłaszających doświadczenie przymusu jako adekwatnego lub nieadekwatnego.

3. Dostępność

1. Czas oczekiwania na pierwszy kontakt:
 - o pilny,
 - o planowy.
2. Odsetek pacjentów przyjętych w trybie pilnym w czasie ≤ 72 godziny.

4. Ciągłość opieki

1. Odsetek pacjentów mających wyznaczonego koordynatora opieki.
2. Odsetek pacjentów z ciągłością opieki po wypisie (kontakt ≤ 7 dni).

5. Podmiotowość i zdrowienie (recovery)

1. Odsetek pacjentów deklarujących wpływ na plan leczenia.
2. Odsetek pacjentów realizujących indywidualny plan zdrowienia.

§7. Wskaźniki uzupełniające

1. Satysfakcja rodzin/opiekunów.
2. Odsetek pacjentów korzystających ze wsparcia rówieśniczego (peer support).
3. Ocena dostępności informacji o systemie wsparcia.

Rozdział 3. Wskaźniki jakości zarządczej

§8. Definicja

Jakość zarządcza obejmuje efektywność organizacji systemu, dostępność opieki, ciągłość ścieżek, wykorzystanie zasobów oraz zdolność systemu do zarządzania populacją.

§9. Wskaźniki podstawowe

1. Dostępność systemowa

1. Odsetek populacji objętej opieką psychiatryczną w danym obszarze.
2. Liczba pacjentów przypadająca na zespół opieki środowiskowej.

2. Ciągłość i koordynacja

1. Odsetek pacjentów prowadzonych w sposób ciągły (brak przerw > 90 dni).

2. Liczba przejść między formami opieki bez utraty ciągłości.

3. Struktura systemu

1. Udział opieki środowiskowej w całości świadczeń.
2. Stosunek liczby hospitalizacji do liczby interwencji środowiskowych.

4. Efektywność wykorzystania zasobów

1. Koszt opieki na pacjenta w relacji do uzyskanych efektów zdrowotnych.
2. Średni koszt epizodu opieki.

5. Integracja międzysektorowa

1. Liczba pacjentów objętych wsparciem:
 - o pomocy społecznej,
 - o edukacji,
 - o rynku pracy.
2. Odsetek pacjentów z planem międzyinstytucjonalnym.

§10. Wskaźniki uzupełniające

1. Wskaźnik rotacji personelu.
2. Dostępność kadry (psychiatrzy, psychologzy, terapeuci).
3. Wskaźnik wykorzystania budżetu populacyjnego.

Rozdział 4. Zasady pomiaru i raportowania

§11. Zasady ogólne

1. Wskaźniki są mierzone:
 1. na poziomie świadczeniodawcy,
 2. na poziomie populacji objętej opieką,
 3. na poziomie systemowym (NFZ).
2. Pomiar odbywa się w cyklu:
 - o kwartalnym (monitoring operacyjny),
 - o rocznym (ewaluacja strategiczna).

§12. Zasada „minimum skutecznego”

1. Zakres zbieranych danych powinien być ograniczony do:

- danych niezbędnych do oceny jakości,
 - danych możliwych do wykorzystania w zarządzaniu.
2. Niedopuszczalne jest gromadzenie danych bez określonego celu zarządczego lub jakościowego.

§13. Powiązanie z finansowaniem

1. Wskaźniki jakości stanowią podstawę:
- komponentu jakościowego finansowania,
 - oceny efektywności świadczeniodawcy.
2. Wprowadza się mechanizmy:
- premiowania poprawy jakości,
 - identyfikacji i korekty nieprawidłowości.

§14. Przepis końcowy (definicja systemowa)

System wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej stanowi **narzędzie pomiaru i zarządzania wartością zdrowotną w populacji**, obejmujące efekty kliniczne, doświadczenie pacjenta oraz efektywność organizacyjną, i zastępuje podejście oparte wyłącznie na sprawozdawczości świadczeń.

ZAŁĄCZNIK NR 2

Minimalne wymagania kadrowo-funkcjonalne dla operatora opieki psychiatrycznej

I. Wymagania ogólne

1. Operator musi posiadać zdolność organizacyjną do koordynowania opieki psychiatrycznej na obszarze odpowiedzialności populacyjnej.
2. Operator może wykonywać część zadań samodzielnie, a część poprzez formalnie zakontraktowaną sieć współpracujących podmiotów, pod warunkiem zachowania jednolitej odpowiedzialności za dostęp, ciągłość i jakość opieki.
3. Operator musi dysponować systemem zarządzania umożliwiającym:
 - rejestrację zgłoszeń,
 - ocenę pilności,
 - przypisanie poziomu intensywności opieki,
 - prowadzenie planu terapii i zdrowienia,
 - monitorowanie przejść między poziomami opieki,
 - zbieranie danych jakościowych i wynikowych.

II. Minimalne funkcje operatora

Operator zapewnia co najmniej następujące funkcje:

1. **Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny**
 - przyjmowanie zgłoszeń własnych, rodzinnych i instytucjonalnych,
 - wstępna ocena potrzeb i pilności,
 - kierowanie do właściwego poziomu opieki,
 - udzielanie informacji i inicjowanie koordynacji.
2. **Funkcja ambulatoryjna**
 - diagnostyka psychiatryczna i psychologiczna,
 - pomoc psychologiczna,
 - farmakoterapia i monitoring bezpieczeństwa leczenia,
 - psychoedukacja.
3. **Funkcja środowiskowa**
 - wizyty środowiskowe i domowe,
 - praca z rodziną i siecią społeczną,
 - interwencje kryzysowe w środowisku,
 - wsparcie utrzymania ciągłości po wypisie.
4. **Funkcja dzienna**
 - ustrukturyzowane oddziaływania dzienne terapeutyczne i rehabilitacyjne.
5. **Funkcja hospitalizacyjna albo zapewniona ścieżka dostępu do niej**

- o planowane lub pilne przyjęcie do oddziału stacjonarnego,
- o współpraca przy wypisie i kontynuacji opieki.

6. Funkcja koordynacyjna

- o przydział koordynatora opieki dla osób z potrzebą opieki ciągłej albo złożonej,
- o monitorowanie realizacji planu terapii i zdrowienia,
- o formalne przekazywanie odpowiedzialności między poziomami opieki.

7. Funkcja współpracy społecznej i rehabilitacyjnej

- o formalna współpraca z pomocą społeczną,
- o współpraca z mieszkaniem wspieranym, rehabilitacją społeczną i zawodową,
- o współpraca z zatrudnieniem wspomaganym.

8. Funkcja jakości i ewaluacji

- o bieżące monitorowanie wskaźników jakości,
- o analiza zdarzeń krytycznych,
- o przeglądy jakościowe i naprawcze.

9. Funkcja udziału ekspertów przez doświadczenie

- o zapewnienie udziału asystentów zdrowienia lub równoważnej formy wsparcia rówieśniczego (peer suport),
- o udział przedstawicieli użytkowników i rodzin w ewaluacji usług.

III. Minimalne wymagania kadrowe

Operator zapewnia, samodzielnie albo w sieci współpracy, dostęp do następujących kompetencji zawodowych:

1. lekarz specjalista psychiatrii;
2. psycholog;
3. psychoterapeuta albo osoba w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego zgodnie z odrębnymi przepisami;
4. pielęgniarka, w tym pożądane kompetencje w obszarze psychiatrii;
5. terapeuta środowiskowy albo równoważna funkcjonalnie osoba realizująca pracę środowiskową;
6. pracownik socjalny albo zapewniony stały dostęp do pracy socjalnej;
7. terapeuta zajęciowy albo równoważna kompetencja rehabilitacyjna;
8. asystent zdrowienia albo zapewniony dostęp do udokumentowanego wsparcia rówieśniczego;
9. koordynator opieki;

10. personel administracyjno-organizacyjny zapewniający funkcjonowanie punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego oraz obieg informacji.

IV. Minimalne wymagania organizacji pracy zespołu

1. Operator zapewnia wielodyscyplinarne zespołowe omawianie przypadków.
2. Operator zapewnia możliwość pilnej konsultacji psychiatrycznej dla przypadków nagłych i pilnych.
3. Operator zapewnia procedurę przekazywania pacjenta po hospitalizacji do opieki środowiskowej lub ambulatoryjnej.
4. Operator zapewnia dostęp do superwizji klinicznej i organizacyjnej.
5. Operator zapewnia procedurę współpracy z rodziną lub osobami bliskimi, z poszanowaniem praw pacjenta i zasad poufności.
6. Operator zapewnia procedurę postępowania kryzysowego, w tym dla ryzyka samobójczego i gwałtownego pogorszenia stanu psychicznego.

V. Minimalne wymagania informacyjne i sprawozdawcze

1. Operator zapewnia prowadzenie planu terapii i zdrowienia w formie umożliwiającej jego aktualizację i współpracę zespołową.
2. Operator zapewnia ewidencję przejść między poziomami intensywności opieki.
3. Operator zapewnia zbieranie danych koniecznych do monitorowania wskaźników jakości.
4. Operator stosuje sprawozdawczość proporcjonalną, interoperacyjną i możliwie najmniej obciążającą personel kliniczny.

VI. Minimalne wymagania współpracy z otoczeniem systemowym

1. Operator zawiera formalne porozumienia albo ustalone procedury współpracy z:
 - podstawową opieką zdrowotną,
 - oddziałem psychiatrycznym lub szpitalem,
 - jednostkami pomocy społecznej,
 - jednostkami realizującymi rehabilitację społeczną i zawodową,
 - podmiotami mieszkalnictwa wspieranego,
 - podmiotami zatrudnienia wspomaganego,
 - organizacjami pacjenckimi i rodzinnymi.
2. W obszarze odpowiedzialności populacyjnej operator prowadzi co najmniej raz w roku przegląd zasobów lokalnych i luk w dostępności.

UZASADNIENIE DO PROJEKTU STANDARDU ORGANIZACYJNEGO W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

1. Potrzeba i cel wydania rozporządzenia

Projekt rozporządzenia w sprawie standardów organizacyjnych opieki psychiatrycznej ma na celu ustanowienie **spójnej konstytucji organizacyjnej** systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych, opartej na odpowiedzialności populacyjnej, ciągłości ścieżki opieki, orientacji na zdrowienie, poszanowaniu praw człowieka oraz pomiarze jakości i efektów zdrowotnych.

Potrzeba wydania rozporządzenia wynika z tego, że dotychczasowy porządek regulacyjny w praktyce opiera się w znacznym stopniu na logice rozporządzenia koszykowego, którego podstawową funkcją jest identyfikacja i opis świadczeń gwarantowanych oraz ich warunków realizacji. Tego rodzaju akt prawny nie jest jednak ani teorią opieki psychiatrycznej, ani standardem organizacyjnym, ani modelem jakości, ani modelem zarządzania systemem. Jeżeli organizacja opieki psychiatrycznej zostaje wyprowadzona przede wszystkim z katalogu świadczeń, system ulega strukturalnej deformacji: zamiast organizować się wokół potrzeb zdrowotnych i ścieżek opieki ukierunkowanych na zdrowienie, organizuje się wokół produktów sprawozdawczo-rozliczeniowych.

Projekt ma zatem przywrócić prawidłową hierarchię pojęciową i normatywną: najpierw model opieki, potem standard organizacyjny, następnie model jakości i zarządzania, a dopiero w dalszej kolejności koszyk świadczeń i mechanizmy finansowania.

2. Założenia aksjologiczne i systemowe projektu

Projekt przyjmuje, że opieka psychiatryczna powinna być organizowana zgodnie z następującymi zasadami:

1. **podejście zorientowane na osobę**, jej wartości, cele życiowe, prawa i doświadczenie;
2. **orientacja na zdrowienie**, a nie wyłącznie na redukcję objawów;
3. **środowiskowość i sieciowość**, to znaczy prowadzenie możliwie dużej części opieki blisko miejsca życia pacjenta i w powiązaniu z jego rzeczywistym otoczeniem społecznym;
4. **odpowiedzialność populacyjna** za mieszkańców określonego obszaru;
5. **najmniej restrykcyjna forma interwencji** adekwatna do stanu psychicznego osoby;
6. **współdecydowanie** pacjenta oraz dostęp do wsparcia asystentów zdrowienia;
7. **mierzenie jakości i wyników w całym cyklu opieki**.

Powyższe założenia odpowiadają kierunkowi wskazanemu przez WHO w dokumencie *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, który rekomenduje przejście od opieki instytucjonalnej do usług środowiskowych, opartych na prawach człowieka, zdrowieniu i integracji społecznej. Są one także zgodne z konsensusem EUCOMS, który opisuje regionalnie organizowane wspólnotową ochronę zdrowia psychicznego, jako system służący zdrowiu wszystkich

mieszkańców obszaru, oparty na perspektywie zdrowia publicznego, podejściu sieciowym i aktywnym udziale osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

3. Istota rozwiązań przyjętych w projekcie

Projekt wprowadza pięć kluczowych rozwiązań systemowych.

Po pierwsze, ustanawia **standard organizacyjny**, jako akt nadrzędny wobec logiki czysto koszykowej (komórkowo-produktowej). Oznacza to, że katalog świadczeń gwarantowanych ma pełnić funkcję pomocniczą, a nie konstytutywną dla organizacji systemu opieki psychiatrycznej.

Po drugie, projekt definiuje opiekę psychiatryczną jako **jeden system trzech strumieni funkcjonalnych**:

- podstawowej opieki psychiatrycznej,
- specjalistycznych programów terapeutycznych,
- badań klinicznych i innowacji terapeutycznych.

Koncepcja trzech „strumieni funkcjonalnych” zastępuje koncepcję trzech „poziomów referencyjnych”, które mają uzasadnienie w medycynie somatycznej, w szczególności zabiegowej, gdzie występuje silna korelacja ciężkości i złożoności problemów zdrowotnych z poziomem wyspecjalizowania kadry medycznej i nowoczesności techniki medycznej do diagnozy i leczenia. W opiece psychiatrycznej poziomy referencyjne są nieadekwatne, gdyż zaburzenia psychiczne są zespołami objawów psychopatologicznych, ustalanych najczęściej w wywiadzie psychiatrycznym, zaś najbardziej rozpowszechnione oddziaływanie biologiczne polega na farmakoterapii, której stosowanie nie jest specyficznie dostosowane do warunków szpitalnych, stacjonarna opieka psychiatryczna jest wskazana często ze względów bezpieczeństwa. Oddziaływania psycho-społeczne, kontakt interpersonalny i relacja terapeutyczna, które z perspektywy psychiatrii biologicznej można określić psycho-społeczną stymulacją mózgu, stanowią czynnik terapeutyczny, nieobecny w medycynie somatycznej. Z tej racji „wysoko-specjalistyczna” pomoc psychologiczno-psychoterapeutyczna jest wskazana w każdej formie i na każdym poziomie opieki psychiatrycznej. W reformie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży został popełniony błąd strukturalny, myląc poziomy intensywności pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej i opieki psychiatrycznej dostosowanej do nasilenia problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży z perspektywy rozwojowej i w kontekście rodzinno-szkolnym, z poziomami referencyjnymi „wysokości specjalistyczności kadry medycznej”. Przykładem tego błędu, jest oderwane od realnych potrzeb umieszczenie terapeutów środowiskowych tylko na pierwszym poziomie referencyjnym, zamiast także na drugim środowiskowego centrum zdrowia psychicznego dim (poradnia zdrowia psychicznego i oddział dzienny), oraz różnica w wycenie sesji psychoterapii na I i II poziomie referencyjnym. Utrwalono Wdrożono fragmentację system i utrwalono piramidę poziomów referencyjnych, w której najwyższa specjalistyczność jest na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży, zamiast w środowiskowej opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Ponieważ w nowej koncepcji, każdy strumień funkcjonalny ma odrębny mechanizm finansowania, to określenie „strumień” skojarzone jest ze „strumieniem finansowania”.

Po trzecie, projekt odchodzi od sztywnych poziomów referencyjnych, także na rzecz **operacyjnych poziomów nasilenia potrzeb i intensywności opieki**, między którymi

pacjent może przechodzić płynnie, zależnie od stanu zdrowia, funkcjonowania i sytuacji społecznej. Poziomy intensywności opieki służą grupowaniu pacjentów według podobieństwa problemów zdrowia psychicznego, potrzeb zdrowotnych i społecznych, na które odpowiada się z adekwatnym zakresem i intensywnością działań terapeutycznych. Poziomy nasilenia potrzeb i intensywności opieki służą monitorowaniu jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz ich efektywności zdrowotnej i kosztowej.

Po czwarte, projekt ustanawia podmiot lecznicy prowadzący Centrum Zdrowia Psychicznego, jako **operatora opieki psychiatrycznej** odpowiedzialnego za organizację i koordynację opieki na obszarze odpowiedzialności populacyjnej. To jest potrzebne do określenia zadań i zakresu odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego, w odróżnieniu od zadań i zakresu odpowiedzialności kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego. Kierownik podmiotu leczniczego jest organizatorem Centrum Zdrowia Psychicznego, ale osobą zarządzającą opieką psychiatryczną powinien być kierownik CZP z jasno określonymi kompetencjami (autonomią zarządczą) i zadaniami, do realizacji których kierownik podmiotu leczniczego zapewnia odpowiednie warunki i narzędzia. (Problem agencyjności w systemie ochrony zdrowia został opisany szerzej w załączniku do uzasadnienia)

Po piąte, projekt wprowadza **minimalny model jakości**: klinicznej, konsumenckiej, zarządczej w opiece psychiatrycznej zgodnie z ustawą o jakości w ochronie zdrowia. Zaproponowane wskaźniki są jedynie przykładowe i niewyczerpujące, gdyż ostateczny zestaw wskaźników powinien być ustalony w oparciu o merytoryczną ocenę ekspertów. W literaturze przedmiotu często wymienia się dostępność, ciągłość, bezpieczeństwo, skuteczność kliniczną, funkcjonowanie, doświadczenie pacjenta i poszanowanie praw człowieka. Takie ujęcie jest spójne z WHO oraz z logiką VB-MH, która kładzie nacisk na wyniki, efekty zdrowotne ważne dla pacjenta w kontekście całej ścieżki opieki.

4. Różnica między ścieżką opieki a programem terapeutycznym

Projekt rozróżnia dwa pojęcia, które w praktyce systemowej bywają mieszane:

- **ścieżkę opieki** — ciągły, koordynowany przebieg pomocy dla konkretnej osoby, od zgłoszenia do zakończenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
- **program terapeutyczny** — czasowo określony, ustrukturyzowany moduł oddziaływań dla określonej grupy pacjentów z podobnymi potrzebami klinicznymi.

Rozróżnienie to ma istotne znaczenie dla organizacji i finansowania. Ścieżka opieki jest kategorią nadrzędną klinicznie i organizacyjnie, bo obejmuje całość; program terapeutyczny jest jej wyspecjalizowanym modułem na danym etapie. Teoretycznie możliwe jest, że dla specyficznych problemów zdrowia psychicznego określony program terapeutyczny doprowadzi do osiągnięcia oczekiwanych efektów zdrowotnych i zakończy ścieżkę opieki.

5. Relacja projektu do obowiązujących przepisów

Projekt zmienia architekturę systemu i odtąd to standard organizacyjny ma wyznaczać, jak ma działać opieka psychiatryczna, a koszyk świadczeń gwarantowanych ma być do niego dostosowany i służyć taryfikacji, sprawozdawczości i rozliczaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie ze standardem organizacyjnym. W związku z powyższym

rozporządzenie koszykowe jest wtórne, więc musi być opracowane na nowo po konsultacjach i przyjęciu rozporządzenia o standardach organizacyjnych w opiece psychiatrycznej.

6. Przewidywane skutki regulacji w sensie systemowym

Przyjęcie rozporządzenia powinno doprowadzić do:

- przesunięcia ciężaru z opieki reaktywnej i epizodycznej na opiekę ciągłą, środowiskową i koordynowaną,
- ograniczenia hospitalizacji możliwych do uniknięcia,
- poprawy ciągłości opieki po wypisie ze szpitala,
- lepszego powiązania leczenia z funkcjonowaniem społecznym, mieszkaniem, edukacją i pracą,
- wzmocnienia roli pomiaru efektów zdrowotnych i doświadczenia pacjenta,
- zmniejszenia ryzyka, że sprawozdawczość i finansowanie będą determinować kliniczną logikę działania systemu.

PROBLEM AGENCYJNOŚCI W SYSTEMIE OPIEKI PSYCHISATRYCZNEJ ORAZ JEGO ROZWIĄZANIE

Z perspektywy WHO, EUCOMS, VB-MH i współczesnego modelu jakości oznacza to, że potrzebna jest nie tylko korekta katalogu świadczeń, lecz **zmiana logiki organizacyjnej całego systemu**: z logiki koszykowo-produkcyjnej na logikę funkcjonalno-populacyjną, zorientowaną na prawa człowieka, zdrowienie, efekty zdrowotne, doświadczenie pacjenta i ciągłość opieki psychiatrycznej w społeczności.

1. Istota problemu agencyjności

Jednym z kluczowych, lecz rzadko explicite nazywanych problemów systemowych w organizacji opieki psychiatrycznej jest **problem agencyjności (principal-agent problem)**, czyli rozbieżność między:

- **interesem publicznym (państwa, płatnika, populacji mieszkańców)**
a
- **działaniami podmiotów realizujących świadczenia (świadczeniodawców i ich kierownictwa).**

W systemie ochrony zdrowia problem ten jest naturalny, ponieważ:

- państwo (Minister Zdrowia, NFZ) **nie udziela świadczeń bezpośrednio**,
- lecz powierza ich realizację podmiotom leczniczym,
- które działają w określonych warunkach finansowych, organizacyjnych i rynkowych.

W psychiatrii problem ten ma szczególne znaczenie, ponieważ:

- efekty opieki są długoterminowe i trudne do pomiaru,
- wymagają koordynacji wielu form wsparcia,
- a decyzje organizacyjne bezpośrednio wpływają na życie społeczne pacjenta.

2. Trzy poziomy problemu agencyjności

Problem agencyjności w opiece psychiatrycznej ujawnia się na trzech powiązanych poziomach:

2.1. Poziom makro: państwo (Minister Zdrowia, NFZ) – świadczeniodawca

Na tym poziomie występuje napięcie między:

- celem publicznym: zdrowie psychiczne populacji, jakość, dostępność, efektywność kosztowa,
a
- racjonalnością działania świadczeniodawcy: utrzymanie płynności finansowej, optymalizacja przychodów, ograniczanie ryzyka.

W modelu koszykowo-produkcyjnym napięcie to prowadzi do sytuacji, w której:

- system premiuje liczbę świadczeń,

- a nie efekty zdrowotne,
- co powoduje, że interes publiczny i interes organizacyjny nie są w pełni zbieżne.

2.2. Poziom mezo: podmiot leczniczy – organizacja opieki

Na poziomie organizacyjnym problem agencyjności ujawnia się jako napięcie między:

- zarządzaniem podmiotem leczniczym jako całością (budżet, kontrakt, struktura),
a
- rzeczywistą organizacją procesu opieki nad pacjentem.

W praktyce oznacza to, że:

- decyzje podejmowane są często z perspektywy:
 - kontraktu,
 - kosztów,
 - dostępnych zasobów,
- a nie z perspektywy:
 - ciągłości ścieżki opieki,
 - potrzeb populacji,
 - efektywności klinicznej.

2.3. Poziom mikro: organizacja – proces kliniczny

Na poziomie operacyjnym występuje rozbieżność między:

- logiką organizacyjną (harmonogramy, limity, raportowanie),
a
- logiką kliniczną (indywidualne potrzeby pacjenta, dynamika kryzysu psychicznego, czynnik relacji terapeutycznej i znaczenie sieci społecznej).

W efekcie:

- klinicyści funkcjonują w ramach ograniczeń systemowych,
- które nie zawsze są zgodne z najlepszą praktyką terapeutyczną.

3. Skutki nieadresowanego problemu agencyjności

Brak systemowego rozwiązania problemu agencyjności prowadzi do:

1. fragmentacji opieki – brak jednego podmiotu odpowiedzialnego za całość procesu,
2. przewagi logiki finansowej nad kliniczną,
3. trudności w koordynacji między formami opieki,
4. braku odpowiedzialności za efekt zdrowotny,
5. osłabienia modelu psychiatrii środowiskowej.

W praktyce oznacza to, że system:

- działa poprawnie na poziomie formalnym (świadczenia są realizowane),
- ale nie osiąga optymalnych efektów zdrowotnych i społecznych.

4. Proponowane rozwiązanie: rozdzielanie ról i odpowiedzialności

Rozwiązaniem problemu agencyjności jest instytucjonalne rozdzielanie dwóch poziomów zarządzania:

4.1. Operator systemowy – kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego CZP

Kierownik podmiotu leczniczego pełni funkcję **operatora systemowego**, odpowiedzialnego za:

1. zawarcie i realizację umowy z NFZ,
2. zapewnienie dostępności świadczeń dla populacji,
3. utrzymanie stabilności finansowej i organizacyjnej,
4. zapewnienie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych,
5. odpowiedzialność za całościowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Jest to poziom zarządzania:

- strategiczny,
- finansowy,
- instytucjonalny.

4.2. Operator zarządczy – kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego

Kierownik CZP pełni funkcję operatora zarządczego lokalnej opieki psychiatrycznej, odpowiedzialnego za:

1. organizację i koordynację ścieżek opieki,
2. zapewnienie ciągłości opieki między formami (ambulatoryjna, środowiskowa, dzienna, stacjonarna),
3. zarządzanie procesem klinicznym na poziomie populacji,
4. wdrażanie standardów jakości i monitorowanie wyników,
5. współpracę międzysektorową (pomoc społeczna, edukacja, rynek pracy),
6. rozwój opieki środowiskowej i wsparcia rówieśniczego.

Jest to poziom zarządzania:

- operacyjny,
- kliniczno-organizacyjny,
- populacyjny.

5. Kluczowy efekt rozdzielania ról

Rozdzielenie tych funkcji prowadzi do zasadniczej zmiany logiki systemu:

- kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za „**czy system działa i jest stabilny**”,
- kierownik CZP odpowiada za „**czy pacjent otrzymuje właściwą, ciągłą i skuteczną opiekę psychiatryczną**”.

Dzięki temu:

- zmniejsza się konflikt między logiką finansową a kliniczną,
- pojawia się realna odpowiedzialność za wynik zdrowotny,
- możliwe staje się zarządzanie populacją, a nie tylko kontraktem.

6. Zgodność z rekomendacjami WHO, EUCOMS i VB-MH

Proponowany model:

- realizuje zasadę odpowiedzialności populacyjnej (WHO, EUCOMS),
- wzmacnia koordynację i ciągłość opieki,
- umożliwia wdrożenie VB-MH (powiązanie jakości z zarządzaniem),
- odpowiada logice systemu jakości (Donabedian: struktura–proces–wynik).

7. Konkluzja

Problem agencyjności jest jednym z głównych, lecz ukrytych źródeł niespójności systemu opieki psychiatrycznej. Jego rozwiązanie nie wymaga wyłącznie zwiększenia finansowania ani zmiany katalogu świadczeń, lecz **precyzyjnego określenia ról, kompetencji i odpowiedzialności w systemie zarządzania**.

Wprowadzenie rozdziału funkcji:

- operatora systemowego (kierownik podmiotu leczniczego),
- oraz operatora zarządczego (kierownik CZP),

stanowi warunek konieczny przejścia od modelu koszykowo-produkcyjnego do modelu **odpowiedzialności za zdrowie psychiczne populacji i wartość zdrowotną opieki**.

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA KOSZYKOWEGO W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

Wstęp

Obowiązujący akt prawny ma dziś tytuł: **rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień**, a jego podstawa prawna to **art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**.

Poniższy tekst jest **projektem docelowym**, , czyli propozycją nowego ujęcia koszyka dla opieki psychiatrycznej, a nie nowelizacją aktualnego tekstu obowiązującego.

Konstrukcja projektu opiera się na założeniu, że **rozporządzenie koszykowe nie ma definiować modelu psychiatrii ani standardu organizacyjnego**, lecz ma pełnić rolę wykonawczą: określać **typy świadczeń gwarantowanych, warunki ich realizacji, relację do ścieżki opieki, zasady kwalifikacji i ogólne ramy sprawozdawczości pomocniczej**. Taki zabieg odwraca dominującą logikę „produkt → organizacja” i przywraca właściwą kolejność: **standard organizacyjny i model jakości najpierw, koszyk jako narzędzie wtórne**.

PROJEKT

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 2026 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. [Przedmiot rozporządzenia]

1. Rozporządzenie określa:
 - a) wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
 - b) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych;
 - c) sposób kwalifikacji świadczeń gwarantowanych do strumieni funkcjonalnych i poziomów intensywności opieki psychiatrycznej;
 - d) warunki współrealizacji świadczeń gwarantowanych w ramach ścieżki opieki;
 - e) zakres sprawozdawczości pomocniczej służącej rozliczaniu, monitorowaniu dostępności, ciągłości i jakości opieki;

- f) warunki finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach określonych w przepisach odrębnych.
2. Rozporządzenie nie określa standardu organizacyjnego opieki psychiatrycznej, modelu jakości ani modelu zarządzania systemem opieki psychiatrycznej, które są regulowane przepisami odrębnymi.
3. Świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu realizuje się zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki psychiatrycznej wydanym na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 2. [Zakres podmiotowy]

1. Rozporządzenie stosuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki psychiatrycznej finansowanych ze środków publicznych.
2. Świadczenia gwarantowane mogą być realizowane samodzielnie albo we współrealizacji przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, jeżeli zapewniona jest ciągłość ścieżki opieki oraz spełnione są warunki określone w rozporządzeniu i przepisach odrębnych.

§ 3. [Definicje]

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1. **opieka psychiatryczna** – świadczenia opieki zdrowotnej oraz świadczenia towarzyszące, służące ochronie zdrowia psychicznego, diagnostyce, leczeniu, zdrowieniu, poprawie funkcjonowania oraz ograniczaniu skutków zaburzeń psychicznych;
2. **ścieżka opieki** – uporządkowany i skoordynowany przebieg udzielania świadczeń gwarantowanych dostosowany do potrzeb osoby korzystającej z opieki;
3. **program terapeutyczny** – ustrukturyzowany, celowy i czasowo określony zestaw świadczeń gwarantowanych realizowany wobec grupy osób o jednorodnych potrzebach klinicznych, funkcjonalnych albo społecznych;
4. **plan terapii i zdrowienia** – uzgodniony dokument określający cele, oddziaływania, odpowiedzialności, sposób monitorowania oraz zasady przejścia pomiędzy poziomami intensywności opieki;
5. **koordynacja opieki** – uzgadnianie, monitorowanie i aktualizacja ścieżki opieki osoby korzystającej z opieki;
6. **wsparcie rówieśnicze** – wsparcie udzielane przez asystenta zdrowienia w ramach procesu terapeutycznego;
7. **poziomy intensywności opieki** – operacyjne poziomy natężenia oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych, środowiskowych i rehabilitacyjnych;
8. **strumienie funkcjonalne** – grupy świadczeń gwarantowanych odpowiadające sposobowi finansowania i roli w systemie opieki psychiatrycznej.

Rozdział 2

Zasady ogólne udzielania świadczeń gwarantowanych

§ 4. [Zasada zgodności ze standardem organizacyjnym]

1. Świadczenia gwarantowane realizuje się w sposób zgodny ze standardem organizacyjnym opieki psychiatrycznej.
2. Katalog świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji mają charakter służebny wobec ścieżki opieki i nie mogą być interpretowane jako podstawa do fragmentacji procesu opieki.
3. Rozliczanie świadczeń gwarantowanych nie może prowadzić do naruszenia ciągłości opieki, nieuzasadnionego przerywania terapii ani do zastępowania oceny klinicznej i funkcjonalnej wyłącznie logiką ewidencyjno-produktową.

§ 5. [Zasady realizacji świadczeń]

1. Świadczenia gwarantowane są udzielane odpowiednio do:
 - a) stanu psychicznego osoby;
 - b) poziomu funkcjonowania;
 - c) ryzyka klinicznego, suicydalnego, autoagresywnego, przemocowego albo zaniedbania;
 - d) sytuacji rodzinnej, środowiskowej i społecznej;
 - e) potrzeby zachowania możliwie najmniej restrykcyjnej, a zarazem bezpiecznej i skutecznej formy pomocy.
2. Świadczenia gwarantowane mogą być realizowane w formie:
 - a) ambulatoryjnej;
 - b) środowiskowej;
 - c) dziennej;
 - d) całodobowej.
3. Świadczenia gwarantowane mogą być realizowane bez skierowania, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych albo z charakteru świadczenia pierwszego kontaktu, zgłoszeniowo-koordynacyjnego lub kryzysowego.

Rozdział 3

Strumienie funkcjonalne i poziomy intensywności opieki

§ 6. [Strumienie funkcjonalne]

1. Świadczenia gwarantowane kwalifikuje się do następujących strumieni funkcjonalnych:
 - a) strumienia podstawowej opieki psychiatrycznej;
 - b) strumienia specjalistycznych programów terapeutycznych;
 - c) strumienia badań klinicznych i innowacji terapeutycznych.
2. Strumień podstawowej opieki psychiatrycznej obejmuje świadczenia zapewniające pierwszy kontakt, diagnostykę podstawową, leczenie

ambulatoryjne, opiekę środowiskową, leczenie domowe, interwencję kryzysową, leczenie dzienne, leczenie całodobowe, rehabilitację psychiatryczną i psychospołeczną, koordynację opieki oraz wsparcie rówieśnicze.

3. Strumień specjalistycznych programów terapeutycznych obejmuje świadczenia gwarantowane realizowane w ramach wyodrębnionych programów terapeutycznych określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przepisów odrębnych.
4. Strumień badań klinicznych i innowacji terapeutycznych obejmuje świadczenia pozostające w związku z badaniami klinicznymi, projektami wdrożeniowymi, pilotażami, walidacją nowych metod terapeutycznych lub innowacjami organizacyjnymi, finansowane na zasadach określonych w przepisach odrębnych.

§ 7. [Poziomy intensywności opieki]

1. W ramach opieki psychiatrycznej wyróżnia się następujące poziomy intensywności:
 - a) **poziom I** – pomoc psychologiczna, poradnictwo, krótkie interwencje psychologiczne i psychoterapeutyczne oraz ambulatoryjna opieka psychiatryczna bez farmakoterapii;
 - b) **poziom II** – ambulatoryjna opieka psychiatryczna z farmakoterapią albo innymi oddziaływaniami biologicznymi, realizowana wraz z oddziaływaniami psychologicznymi, psychoterapeutycznymi, psychoedukacyjnymi albo środowiskowymi;
 - c) **poziom III** – środowiskowa opieka psychiatryczna o wysokiej intensywności, leczenie domowe, interwencja kryzysowa, opieka dzienna oraz opieka całodobowa jako element ciągłej ścieżki opieki;
 - d) **poziom III+** – rehabilitacja psychiatryczna i psychospołeczna, wsparcie rówieśnicze oraz zdrowotne komponenty współpracy z mieszkalnictwem wspieranym, zatrudnieniem wspomaganym i innymi formami oparcia społecznego.
2. Poziomy intensywności mają charakter operacyjny i nie stanowią odrębnych, sztywnych poziomów referencyjnych.
3. Osoba korzystająca z opieki może przechodzić pomiędzy poziomami intensywności odpowiednio do zmiany potrzeb klinicznych, funkcjonalnych i społecznych.

§ 8. [Zasady przejścia między poziomami]

1. Przejście między poziomami intensywności opieki następuje w szczególności w razie:
 - a) zmiany stanu psychicznego;
 - b) zmiany poziomu funkcjonowania;
 - c) nieskuteczności dotychczasowych oddziaływań;
 - d) zwiększenia albo zmniejszenia ryzyka klinicznego lub społecznego;

- e) zakończenia hospitalizacji, leczenia dziennego albo programu terapeutycznego.
2. Każde przejście między poziomami wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej oraz określenia dalszego planu postępowania.

Rozdział 4

Wykaz świadczeń gwarantowanych

§ 9. [Świadczenia pierwszego kontaktu, zgłoszeniowo-koordynacyjne i triażowe]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia pierwszego kontaktu, zgłoszeniowo-koordynacyjne i triażowe.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, obejmują:
 - a) przyjęcie zgłoszenia osoby, jej rodziny, osoby bliskiej albo podmiotu współpracującego;
 - b) wstępną ocenę pilności i rodzaju potrzeb;
 - c) udzielenie informacji o możliwych formach pomocy;
 - d) skierowanie do właściwego poziomu intensywności opieki albo programu terapeutycznego;
 - e) uruchomienie interwencji kryzysowej, jeżeli jest to konieczne.

§ 10. [Świadczenia diagnostyczne]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia diagnostyczne.
2. Świadczenia diagnostyczne obejmują w szczególności:
 - a) ocenę psychiatryczną;
 - b) ocenę psychologiczną;
 - c) ocenę funkcjonowania psychospołecznego;
 - d) ocenę ryzyka samobójczego, autoagresywnego, przemocowego albo zaniedbania;
 - e) ocenę potrzeb środowiskowych i rodzinnych;
 - f) okresową reewaluację kliniczną i funkcjonalną.

§ 11. [Pomoc psychologiczna]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia pomocy psychologicznej.
2. Świadczenia pomocy psychologicznej obejmują:
 - a) konsultację psychologiczną;
 - b) diagnozę psychologiczną;
 - c) krótką interwencję psychologiczną;
 - d) poradnictwo psychologiczne;

- e) terapię wspierającą;
- f) psychoedukację;
- g) pracę z rodziną albo innymi osobami bliskimi;
- h) monitorowanie stanu psychicznego i funkcjonowania bez wdrażania farmakoterapii.

§ 12. [Świadczenia psychoterapeutyczne]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia psychoterapeutyczne.
2. Świadczenia psychoterapeutyczne obejmują:
 - a) psychoterapię indywidualną;
 - b) psychoterapię grupową;
 - c) psychoterapię rodzinną;
 - d) interwencje terapeutyczne o charakterze ustrukturyzowanym i krótkoterminowym;
 - e) psychoterapię realizowaną w ramach programu terapeutycznego.
3. Świadczenia psychoterapeutyczne realizuje się zgodnie z rozpoznaniem klinicznym, wskazaniami terapeutycznymi oraz planem terapii i zdrowienia.

§ 13. [Ambulatoryjna opieka psychiatryczna]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, obejmują:
 - a) konsultację lekarską psychiatryczną;
 - b) ordynację i monitorowanie farmakoterapii;
 - c) monitorowanie działań niepożądanych, bezpieczeństwa leczenia i współpracy terapeutycznej;
 - d) kwalifikację do innych oddziaływań biologicznych przewidzianych przepisami odrębnymi;
 - e) łączenie postępowania biologicznego z oddziaływaniami psychologicznymi, psychoterapeutycznymi, psychoedukacyjnymi i środowiskowymi.
3. Świadczenia ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej nie mogą być realizowane wyłącznie jako czynność receptowa, bez oceny klinicznej, funkcjonalnej oraz określenia dalszego postępowania, z wyjątkiem sytuacji nagłych albo technicznie uzasadnionych wizyt kontynuacyjnych.

§ 14. [Koordynacja opieki]

1. Świadczeniem gwarantowanym jest koordynacja opieki.
2. Koordynacja opieki przysługuje osobie, która wymaga opieki ciągłej, wieloformowej albo przechodzenia pomiędzy poziomami intensywności opieki.
3. Koordynacja opieki obejmuje:

- a) uzgodnienie przebiegu ścieżki opieki;
- b) ustalenie terminów i form dalszych kontaktów;
- c) współpracę pomiędzy członkami zespołu;
- d) współpracę z rodziną, osobami bliskimi i podmiotami współdziałającymi;
- e) przygotowanie i aktualizację planu terapii i zdrowienia.

§ 15. [Świadczenia środowiskowe i domowe]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia środowiskowe i domowe.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, obejmują:
 - a) wizytę środowiskową;
 - b) terapię i wsparcie w miejscu zamieszkania albo pobytu;
 - c) pracę z rodziną i siecią społeczną;
 - d) monitorowanie ryzyka nawrotu i dezorganizacji życia;
 - e) wspieranie utrzymania kontaktu z leczeniem i funkcjonowania społecznego;
 - f) działania przygotowujące do wypisu albo zapobiegające hospitalizacji możliwej do uniknięcia.

§ 16. [Interwencja kryzysowa]

1. Świadczeniem gwarantowanym jest interwencja kryzysowa.
2. Interwencja kryzysowa obejmuje niezwłoczne, zintegrowane działania diagnostyczne, terapeutyczne i środowiskowe podejmowane wobec osoby w kryzysie psychicznym.
3. Interwencja kryzysowa obejmuje w szczególności:
 - a) niezwłoczną ocenę stanu psychicznego, funkcjonowania i ryzyka;
 - b) rozpoczęcie oddziaływań bez zbędnej zwłoki;
 - c) organizację spotkań terapeutycznych z udziałem osoby korzystającej z opieki oraz, odpowiednio, członków rodziny, osób bliskich lub innych osób z jej sieci społecznej;
 - d) planowanie dalszej ścieżki opieki od początku interwencji;
 - e) ograniczenie stosowania interwencji o wysokim stopniu restrykcyjności do sytuacji bezwzględnie koniecznych.
4. Interwencję kryzysową realizuje się ambulatoryjnie, środowiskowo, w trybie leczenia domowego, w formie dziennej albo całodobowej, odpowiednio do stanu osoby korzystającej z opieki.

§ 17. [Świadczenia dzienne]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia dzienne.
2. Świadczenia dzienne obejmują zorganizowane, wieloprofilowe oddziaływania diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne i wspierające, realizowane bez konieczności całodobowego pobytu.

3. Świadczenia dzienne obejmują w szczególności:
 - a) diagnostykę pogłębioną;
 - b) farmakoterapię i monitorowanie jej skuteczności oraz bezpieczeństwa;
 - c) psychoterapię indywidualną, grupową albo rodzinną;
 - d) psychoedukację;
 - e) terapię zajęciową;
 - f) rehabilitację psychiatryczną i psychospołeczną;
 - g) treningi umiejętności społecznych, samodzielności i radzenia sobie w codziennym funkcjonowaniu;
 - h) oddziaływania ukierunkowane na odbudowę albo podtrzymanie ról społecznych, edukacyjnych i zawodowych;
 - i) wsparcie rówieśnicze oraz działania realizowane w ramach klubu zdrowia.

§ 18. [Świadczenia całodobowe]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia całodobowe.
2. Świadczenia całodobowe realizuje się w szczególności w formie:
 - a) pobytu na oddziale psychiatrycznym całodobowym;
 - b) pobytu w hostelu psychiatrycznym.
3. Hostel psychiatryczny stanowi przejściową formę świadczeń całodobowych o niższej intensywności niż oddział psychiatryczny całodobowy, przeznaczoną dla osób niewymagających pełnego zabezpieczenia szpitalnego, lecz potrzebujących czasowego, zorganizowanego i wspieranego pobytu całodobowego.
4. Świadczenia całodobowe realizuje się jako element ścieżki opieki, z obowiązkiem przygotowania planu dalszego postępowania przed zakończeniem pobytu.

§ 19. [Rehabilitacja psychiatryczna i psychospołeczna]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej i psychospołecznej.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
 - a) treningi umiejętności społecznych;
 - b) treningi samodzielności;
 - c) terapię zajęciową;
 - d) działania wspierające utrzymanie albo odzyskanie ról społecznych;
 - e) zdrowotne komponenty rehabilitacji związanej z powrotem do pracy albo edukacji.

§ 20. [Wsparcie rówieśnicze]

1. Świadczeniem gwarantowanym jest wsparcie rówieśnicze realizowane przez asystenta zdrowia.

2. Wsparcie rówieśnicze obejmuje w szczególności:
 - a) wsparcie emocjonalne i motywacyjne oparte na doświadczeniu zdrowienia;
 - b) wzmacnianie sprawczości, nadziei i poczucia wpływu osoby korzystającej z opieki;
 - c) wspieranie ciągłości opieki, w tym przejść pomiędzy formami opieki;
 - d) wspieranie integracji społecznej i funkcjonalnej;
 - e) udział w realizacji planu terapii i zdrowienia.
3. Wsparcie rówieśnicze realizuje się za zgodą osoby korzystającej z opieki.

§ 21. [Specjalistyczne programy terapeutyczne]

1. Świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia realizowane w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych.
2. Program terapeutyczny określa co najmniej:
 - a) grupę docelową;
 - b) kryteria kwalifikacji;
 - c) zestaw świadczeń gwarantowanych wchodzących w skład programu;
 - d) minimalny czas trwania albo ramy czasowe programu;
 - e) wymagane pomiary kliniczne i funkcjonalne;
 - f) kryteria zakończenia, kontynuacji albo zmiany programu.
3. Specjalistyczne programy terapeutyczne mogą dotyczyć w szczególności:
 - a) zaburzeń psychiatrycznych;
 - b) zaburzeń afektywnych;
 - c) zaburzeń lękowych;
 - d) zaburzeń osobowości;
 - e) kryzysów suicydalnych;
 - f) podwójna diagnoza zaburzeń psychiatrycznych i uzależnień
 - g) współchorobowości psychiatryczno-somatycznej;
 - h) zaburzeń odżywiania
 - i) inne zaburzenia psychiczne o specyficznych wymaganiach terapeutycznych.

§ 22. [Świadczenia związane z badaniami klinicznymi i innowacjami]

1. Świadczenia pozostające w związku z badaniami klinicznymi, projektami wdrożeniowymi, walidacją nowych metod terapeutycznych albo innowacjami organizacyjnymi mogą być finansowane ze środków publicznych w zakresie wynikającym z przepisów odrębnych.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, pozostają częścią ścieżki opieki osoby korzystającej z pomocy, o ile nie narusza to przepisów odrębnych dotyczących badań klinicznych, eksperymentów medycznych i praw pacjenta.

Rozdział 5

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych

§ 23. [Warunki ogólne]

1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia gwarantowane zapewnia:
 - a) personel o kwalifikacjach odpowiednich do rodzaju udzielanych świadczeń;
 - b) dostęp do diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i koordynacji opieki odpowiednio do zakresu świadczeń;
 - c) prowadzenie dokumentacji medycznej oraz dokumentacji pomocniczej dotyczącej ścieżki opieki;
 - d) współpracę z innymi świadczeniodawcami oraz podmiotami uczestniczącymi w ścieżce opieki, jeżeli jest to niezbędne dla zapewnienia ciągłości opieki.
2. Szczegółowe wymagania dotyczące personelu, wyposażenia, organizacji i dostępności określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 24. [Plan terapii i zdrowienia]

1. Dla osoby wymagającej opieki wykraczającej poza jednorazową poradę sporządza się plan terapii i zdrowienia.
2. Plan terapii i zdrowienia zawiera co najmniej:
 - a) rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych;
 - b) cele terapeutyczne uzgodnione z osobą korzystającą z opieki;
 - c) zakres oddziaływań;
 - d) osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań;
 - e) sposób monitorowania przebiegu i wyników;
 - f) zasady przejścia między poziomami intensywności opieki;
 - g) zasady kontaktu albo plan postępowania kryzysowego.

§ 25. [Ciągłość opieki]

1. Przejście osoby pomiędzy formami udzielania świadczeń, poziomami intensywności opieki albo programami terapeutycznymi wymaga zapewnienia ciągłości opieki.
2. W przypadku hospitalizacji plan kontynuacji opieki sporządza się przed wypisem.
3. Osobie wypisywanej ze szpitala albo oddziału dziennego zapewnia się termin i formę dalszego kontaktu dostosowane do stopnia ryzyka nawrotu, pogorszenia stanu psychicznego albo kryzysu psychicznego.

§ 26. [Współrealizacja świadczeń]

1. Świadczenia gwarantowane mogą być współrealizowane przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, jeżeli:
 - a) wynika to z planu terapii i zdrowienia albo programu terapeutycznego;

- b) zapewnione są zasady przekazywania informacji i odpowiedzialności;
 - c) nie dochodzi do dublowania świadczeń ani przerwania ścieżki opieki.
2. Współrealizacja świadczeń wymaga ustalenia podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki.

Rozdział 6

Sprawozdawczość pomocnicza, jakość i monitorowanie

§ 27. [Sprawozdawczość pomocnicza]

1. Sprawozdawczość pomocnicza w opiece psychiatrycznej obejmuje dane niezbędne do:
 - a) zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości opieki;
 - b) monitorowania jakości i wyników;
 - c) racjonalnego finansowania;
 - d) oceny dostępności świadczeń dla populacji objętej opieką.
2. Sprawozdawczość pomocnicza obejmuje w szczególności:
 - a) datę pierwszego kontaktu;
 - b) czas oczekiwania na poszczególne formy świadczeń;
 - c) przejścia pomiędzy poziomami intensywności opieki;
 - d) fakt sporządzenia i aktualizacji planu terapii i zdrowienia;
 - e) informacje o wypisie i kontynuacji opieki;
 - f) dane o współrealizacji świadczeń;
 - g) dane o wynikach klinicznych, funkcjonalnych i doświadczeniu opieki w zakresie określonym przez przepisy odrębne albo zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Zakres sprawozdawczości powinien być proporcjonalny, interoperacyjny i możliwie najmniej obciążający dla personelu medycznego.

§ 28. [Wymiary jakości]

1. Monitorowanie jakości opieki psychiatrycznej obejmuje co najmniej:
 - a) jakość kliniczną;
 - b) jakość konsumencką;
 - c) jakość zarządczą.
2. Jakość kliniczna obejmuje w szczególności bezpieczeństwo, adekwatność i skuteczność oddziaływań.
3. Jakość konsumencka obejmuje w szczególności doświadczenie opieki, współdecydowanie, poszanowanie praw i dostępność.

4. Jakość zarządcza obejmuje w szczególności ciągłość opieki, koordynację, terminowość oraz właściwe wykorzystanie zasobów.

§ 29. [Wyniki istotne dla pacjenta]

1. Monitorowanie jakości obejmuje wyniki istotne dla pacjenta odnoszące się do całego cyklu opieki, a nie wyłącznie do pojedynczych świadczeń.
2. Dane jakościowe i wynikowe wykorzystuje się do poprawy organizacji opieki, a nie wyłącznie do ewidencji rozliczeniowej.

Rozdział 7

Zasady finansowania świadczeń gwarantowanych

§ 30. [Zasada zgodności finansowania z funkcją świadczeń]

1. Mechanizmy finansowania świadczeń gwarantowanych powinny wspierać:
 - a) odpowiedzialność populacyjną;
 - b) ciągłość ścieżki opieki;
 - c) rozwój opieki środowiskowej;
 - d) poprawę wyników istotnych dla pacjenta;
 - e) racjonalne wykorzystanie opieki dziennej i całodobowej.
2. Mechanizmy finansowania nie mogą premiować wyłącznie wolumenu świadczeń bez uwzględnienia jakości, ciągłości i wyników.

§ 31. [Finansowanie strumienia podstawowej opieki psychiatrycznej]

1. Świadczenia gwarantowane realizowane w strumieniu podstawowej opieki psychiatrycznej finansuje się w sposób populacyjny, budżetowy albo mieszany, w szczególności z zastosowaniem ryczałtu populacyjnego.
2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności świadczenia:
 - a) pierwszego kontaktu, zgłoszeniowo-koordynacyjne i triażowe;
 - b) diagnostyczne;
 - c) pomocy psychologicznej;
 - d) psychoterapeutyczne;
 - e) ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej;
 - f) koordynacji opieki;
 - g) środowiskowe i domowe;
 - h) interwencji kryzysowej;
 - i) dzienne;
 - j) całodobowe, jeżeli przepisy odrębne albo umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia przewidują ich włączenie do budżetu populacyjnego;
 - k) rehabilitacji psychiatrycznej i psychospołecznej;

l) wsparcia rówieśniczego.

§ 32. [Finansowanie specjalistycznych programów terapeutycznych]

1. Świadczenia gwarantowane realizowane w ramach specjalistycznych programów terapeutycznych finansuje się w sposób pakietowy, epizodyczny albo mieszany.
2. Pakiet obejmuje zestaw świadczeń gwarantowanych niezbędnych do realizacji programu terapeutycznego w określonym okresie albo epizodzie opieki.
3. Finansowanie pakietowe może być uzupełniane komponentem jakościowym, zależnym od wyników klinicznych, funkcjonalnych i organizacyjnych.

§ 33. [Finansowanie badań klinicznych i innowacji terapeutycznych]

1. Świadczenia pozostające w związku z badaniami klinicznymi i innowacjami terapeutycznymi finansuje się w sposób grantowy, projektowy, kontraktowy albo mieszany, na zasadach określonych w przepisach odrębnych.
2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, może obejmować również komponent wdrożeniowy, jakościowy albo edukacyjny.

§ 34. [Transport sanitarny]

Przejazd środkami transportu sanitarnego finansuje się na zasadach określonych w przepisach odrębnych.

Rozdział 8

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 35. [Dostosowanie umów i sprawozdawczości]

1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej dostosowuje się do przepisów rozporządzenia w terminie 12 miesięcy od dnia jego wejścia w życie.
2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dostosuje akty wykonawcze wewnętrzne, w szczególności dotyczące warunków zawierania i realizacji umów oraz sprawozdawczości, do przepisów rozporządzenia w terminie 6 miesięcy od dnia jego wejścia w życie.

§ 36. [Przepis przejściowy]

Do świadczeń rozpoczętych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

§ 37. [Wejście w życie]

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik nr 1

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej

W załączniku ujęto tabelarycznie, dla każdego świadczenia:

- nazwę świadczenia,
- formę realizacji,
- minimalne wymagania kadrowe,
- minimalne wymagania organizacyjne,
- dostępność czasową,
- możliwość współrealizacji,
- poziom intensywności,
- strumień funkcjonalny,
- podstawowy sposób finansowania.

Proponowany układ tabeli załącznika

Lp.	Świadczenie gwarantowane	Forma realizacji	Minimalne wymagania kadrowe	Warunki organizacyjne	Poziom intensywności	Strumień funkcjonalny	Preferowany mechanizm finansowania
1	Świadczenie pierwszego kontaktu, zgłoszeniowo-koordynacyjne i triażowe	ambulatoryjna / zdalna / środowiskowa	psycholog, pielęgniarka, terapeuta środowiskowy, lekarz psychiatra lub inna osoba uprawniona zgodnie z	niski próg wejścia, szybka ocena pilności	I-III	podstawowy	populacyjny
2	Świadczenia diagnostyczne	ambulatoryjna / dzienna / całodobowa / środowiskowa	lekarz psychiatra, psycholog, inni specjaliści	możliwość oceny klinicznej i funkcjonalnej	I-III	podstawowy / programowy	populacyjny albo pakietowy

Lp.	Świadczenie gwarantowane	Forma realizacji	Minimalne wymagania kadrowe	Warunki organizacyjne	Poziom intensywności	Strumień funkcjonalny	Preferowany mechanizm finansowania
3	Pomoc psychologiczna	ambulatoryjna / środkowiskowa / dzienna	psycholog	zgodność z planem terapii i zdrowienia	I	podstawowy	populacyjny
4	Psychoterapia	ambulatoryjna / dzienna / środkowiskowa	psychoterapeuta	zgodność ze wskazaniami terapeutycznymi	I-III	podstawowy / programowy	populacyjny albo pakietowy
5	Ambulatoryjna opieka psychiatryczna	ambulatoryjna	lekarz psychiatra	możliwość monitorowania leczenia	II	podstawowy	populacyjny
6	Koordinacja opieki	ambulatoryjna / środkowiskowa / zdalna	koordynator opieki, członek zespołu terapeutycznego	udokumentowana ścieżka opieki	I-III+	podstawowy	populacyjny
7	Świadczenia środkowiskowe i domowe	środkowiskowa / domowa	zespół środkowiskowy	możliwość pracy w miejscu życia osoby	III	podstawowy	populacyjny

Lp.	Świadczenie gwarantowane	Forma realizacji	Minimalne wymagania kadrowe	Warunki organizacyjne	Poziom intensywności	Strumień funkcjonalny	Preferowany mechanizm finansowania
8	Interwencja kryzysowa	ambulatoryjna / środowiskowa / domowa / dzienna / całodobowa	zespół kryzysowy	niezwtoczność, ciągłość, plan dalszej opieki	III	podstawowy / programowy	populacyjny
9	Świadczenia dzienne	dzienna	zespół wielodyscyplinarny	program dzienny, plan kontynuacji	III	podstawowy / programowy	populacyjny albo pakietowy
10	Świadczenia całodobowe – oddział psychiatryczny	całodobowa	zespół oddziału psychiatrycznego	całodobowe zabezpieczenie	III	podstawowy / programowy	populacyjny albo odrębny ryczałt/pakiet
11	Świadczenia całodobowe – hostel psychiatryczny	całodobowa	personel terapeutyczno- rehabilitacyjny	przejęciowy, readaptacyjny charakter pobytu	III–III+	podstawowy	populacyjny
12	Rehabilitacja psychiatryczna i psychospołeczna	ambulatoryjna / środowiskowa / dzienna / hostel	terapeuta zajęciowy, terapeuta środowiskowy, psycholog, asystent zdrowienia i inni	nacisk na funkcjonowanie i role społeczne	III+	podstawowy	populacyjny

Lp.	Świadczenie gwarantowane	Forma realizacji	Minimalne wymagania kadrowe	Warunki organizacyjne	Poziom intensywności	Strumień funkcjonalny	Preferowany mechanizm finansowania
13	Wsparcie rówieśnicze	ambulatoryjna / środowiskowa / dzienna / całodobowa	asystent zdrowienia	superwizja, włączenie do zespołu	I-III+	podstawowy	populacyjny
14	Specjalistyczny program terapeutyczny	różne	zgodnie z programem	zgodnie z opisem programu	II-III+	programowy	pakietowy
15	Świadczenia w badaniach klinicznych i innowacjach	różne	zgodnie z przepisami odrębnymi	zgodnie z projektem lub badaniem	różne	innowacyjny	grantowy / mieszany

UZASADNIENIE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA KOSZYKOWEGO DLA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Projekt uwzględnia trzy rzeczy, które są kluczowe systemowo.

Po pierwsze, **oddziela koszyk od standardu organizacyjnego**. Dzięki temu rozporządzenie z art. 31d nie „udaje” aktu ustrojowego dla całej psychiatrii, tylko pełni właściwą funkcję: definiuje świadczenia, warunki ich realizacji i ich relację do finansowania.

Po drugie, **wprowadza strumienie funkcjonalne bez mylenia ich z organizacją systemu**. W koszyku można to zrobić legalnie jako sposób kwalifikacji świadczeń i przypisania preferowanego mechanizmu finansowania, natomiast sama odpowiedzialność populacyjna, status CZP, funkcja operatora systemowego i kierownika CZP powinny pozostać w rozporządzeniu o standardach organizacyjnych.

Po trzecie, **otwiera drogę do zarządzenia Prezesa NFZ**, które może już technicznie „domknąć” system przez:

- ryczałt populacyjny dla strumienia podstawowego,
- pakiety dla programów terapeutycznych,
- komponent jakościowy,
- zasady sprawozdawczości pomocniczej,
- reguły współrealizacji i transferu odpowiedzialności między świadczeniodawcami.

Merytorycznie to jest już bardzo bliskie gotowemu projektowi do dalszej obróbki w formacie RCL.

PROJEKT ZARZĄDZENIA PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Wstęp

Poniższy **projekt zarządzenia Prezesa NFZ**, który „domyka” finansowo przyjęty model: **VB-MH (opieka psychiatryczna oparta na wartościach) + budżet populacyjny + kontrola ryzyka + powiązanie z jakością i ścieżką opieki**. Konstrukcja jest kompatybilna z projektowanym standardem organizacyjnym oraz rozporządzeniem koszykowym.

PROJEKT

ZARZĄDZENIE PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 2026 r.

w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna dla dorosłych

Na podstawie art. ... ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. [Przedmiot zarządzenia]

1. Zarządzenie określa:
 - a) sposób finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej dla dorosłych;
 - b) warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna dla dorosłych;
 - c) zasady finansowania budżetem populacyjnym;
 - d) zasady finansowania specjalistycznych programów terapeutycznych;
 - e) zasady finansowania badań, wdrożeń i innowacji;
 - f) mechanizmy powiązania finansowania z jakością i wynikami;
 - g) mechanizmy kontroli ryzyka i przeciwdziałania selekcji pacjentów;
 - h) minimalne wymagania sprawozdawcze i rozliczeniowe.
2. Zarządzenie stosuje się do świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej dla dorosłych finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 2. [Zasady ogólne]

1. Finansowanie opieki psychiatrycznej opiera się na:
 - a) odpowiedzialności za populację objętą opieką;
 - b) ciągłości ścieżki opieki;
 - c) adekwatności intensywności świadczeń do potrzeb zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych;
 - d) wynikach istotnych dla pacjenta;
 - e) racjonalnym wykorzystaniu zasobów;
 - f) wspieraniu opieki środowiskowej, praw człowieka i procesu zdrowienia.
2. Finansowanie nie może opierać się wyłącznie na liczbie świadczeń, liczbie porad albo liczbie osobodni.
3. Świadczenia finansuje się w sposób zapewniający zgodność z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej oraz ze standardem organizacyjnym opieki psychiatrycznej.

§ 3. [Definicje]

Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1. **operator** – świadczeniodawcę odpowiedzialnego za organizację, koordynację i realizację opieki psychiatrycznej dla mieszkańców obszaru odpowiedzialności populacyjnej;
2. **obszar odpowiedzialności populacyjnej** – określony terytorialnie obszar, którego mieszkańcy są objęci opieką finansowaną w ramach budżetu populacyjnego;
3. **budżet populacyjny** – roczną kwotę finansowania przeznaczoną na realizację świadczeń opieki psychiatrycznej dla mieszkańców obszaru odpowiedzialności populacyjnej;
4. **ścieżka opieki** – ciągły, skoordynowany przebieg działań diagnostycznych, terapeutycznych, środowiskowych, rehabilitacyjnych i wspierających wobec osoby korzystającej z opieki;
5. **specjalistyczny program terapeutyczny** – ustrukturyzowany, czasowo określony pakiet świadczeń przeznaczony dla osób o szczególnych potrzebach klinicznych, funkcjonalnych albo społecznych;
6. **wyniki istotne dla pacjenta** – wyniki odnoszące się do stanu zdrowia, funkcjonowania, jakości życia, bezpieczeństwa i doświadczenia opieki, uznawane za istotne z perspektywy osoby korzystającej z opieki;
7. **Strumień I** – finansowanie budżetem populacyjnym;
8. **Strumień II** – finansowanie specjalistycznych programów terapeutycznych;
9. **Strumień III** – finansowanie badań, wdrożeń i innowacji w opiece psychiatrycznej;
10. **przypadki złożone** – strukturę populacji objętej opieką, uwzględniającą złożoność potrzeb klinicznych, funkcjonalnych i społecznych;

11. **zdarzenie krytyczne** – zdarzenie o szczególnym znaczeniu dla bezpieczeństwa i jakości opieki, wymagające odrębnego raportowania i analizy;
12. **podział oszczędności** – mechanizm podziału oszczędności osiągniętych w wyniku poprawy efektywności przy utrzymaniu albo poprawie jakości opieki.

Rozdział 2

Struktura finansowania

§ 4. [Trzy strumienie finansowania]

1. Finansowanie opieki psychiatrycznej realizuje się w trzech strumieniach:
 - a) Strumień I – budżet populacyjny;
 - b) Strumień II – finansowanie specjalistycznych programów terapeutycznych;
 - c) Strumień III – finansowanie badań, wdrożeń i innowacji.
2. Strumień I stanowi podstawowy mechanizm finansowania opieki psychiatrycznej.
3. Strumienie II i III mają charakter uzupełniający wobec Strumienia I i nie mogą naruszać zasady ciągłości ścieżki opieki ani prowadzić do fragmentacji odpowiedzialności za pacjenta.

Rozdział 3

Budżet populacyjny i finansowanie świadczeń w ramach ścieżki opieki

§ 5. [Jednolity budżet populacyjny]

1. Operator otrzymuje jednolity budżet populacyjny obejmujący finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej dla mieszkańców obszaru odpowiedzialności populacyjnej.
2. Budżet populacyjny ustala się jako iloczyn:
 - a) liczby mieszkańców objętych odpowiedzialnością;
 - b) stawki bazowej;
 - c) współczynnika ryzyka.
3. Budżet populacyjny koryguje się z uwzględnieniem:
 - a) struktury wieku populacji;
 - b) rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych;
 - c) poziomu deprivacji społecznej;
 - d) cech obszaru, w tym rozproszenia osadniczego albo gęstości zaludnienia;
 - e) historycznego wykorzystania świadczeń;
 - f) innych czynników wpływających na koszty opieki, określonych przez Fundusz.

4. Budżet populacyjny obejmuje w szczególności finansowanie świadczeń realizowanych w formie:
 - a) ambulatoryjnej;
 - b) środowiskowej, w tym domowej;
 - c) dziennej, w tym w ramach klubu zdrowienia;
 - d) całodobowej, w tym na oddziale psychiatrycznym całodobowym oraz w hostelu psychiatrycznym;
 - e) interwencji kryzysowej;
 - f) koordynacji opieki;
 - g) rehabilitacji psychiatrycznej i psychospołecznej.

§ 6. [Zasada jednego strumienia finansowania]

1. Świadczenia finansowane w ramach Strumienia I są objęte jednym strumieniem finansowym odpowiadającym ścieżce opieki osoby korzystającej z opieki psychiatrycznej.
 - a) Niedopuszczalne jest wyodrębnianie odrębnych, konkurencyjnych strumieni finansowania dla poszczególnych form opieki, w szczególności:
 - b) ambulatoryjnej;
 - c) środowiskowej;
 - d) dziennej;
 - e) całodobowej;jeżeli prowadziłoby to do rozdzielania odpowiedzialności za przebieg ścieżki opieki.

§ 7. [Zasada ciągłości finansowania]

1. Finansowanie podąża za osobą korzystającą z opieki w całym przebiegu ścieżki opieki, niezależnie od zmiany:
 - a) miejsca udzielania świadczenia;
 - b) poziomu intensywności opieki;
 - c) formy organizacyjnej świadczeń.
2. Zmiana formy opieki, w tym przejście między opieką ambulatoryjną, środowiskową, dzienną, hostelową i całodobową, nie powoduje zmiany odpowiedzialności operatora ani przerwania ciągłości finansowania.

§ 8. [Zasada intensywności opieki]

1. Różne formy opieki stanowią różne poziomy intensywności wykorzystania budżetu populacyjnego, a nie odrębne źródła finansowania.
2. Wyższa intensywność opieki oznacza większe zużycie zasobów w ramach budżetu populacyjnego, ale nie tworzy odrębnego strumienia finansowania.

§ 9. [Hospitalizacja jako element ścieżki opieki]

1. Świadczenia całodobowe, w tym hospitalizacja psychiatryczna, stanowią element ścieżki opieki, a nie odrębny segment systemu.
2. Finansowanie świadczeń całodobowych odbywa się w ramach budżetu populacyjnego operatora.
3. Operator odpowiada za:
 - a) zasadność przyjęcia do opieki całodobowej;
 - b) adekwatność długości pobytu;
 - c) przygotowanie wypisu;
 - d) zapewnienie ciągłości opieki po wypisie.

§ 10. [Opieka dzienna i hostelowa]

1. Świadczeniaienne oraz opieka hostelowa są finansowane w ramach budżetu populacyjnego jako formy pośredniej intensywności opieki.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, pełnią w szczególności funkcję:
 - a) alternatywy dla hospitalizacji;
 - b) etapu przejściowego po hospitalizacji;
 - c) elementu stabilizacji i readaptacji.
3. Finansowanie tych świadczeń nie może tworzyć bodźców do:
 - a) nieuzasadnionej hospitalizacji;
 - b) przedłużania pobytu;
 - c) przesuwania pacjentów między formami opieki wyłącznie w celu maksymalizacji rozliczeń.

§ 11. [Elastyczność zarządzania budżetem]

1. Operator może elastycznie alokować środki pomiędzy formami opieki, zgodnie z potrzebami populacji i przebiegiem ścieżek opieki.
2. Dopuszcza się przesuwanie środków w szczególności:
 - a) z opieki całodobowej do środowiskowej;
 - b) z opieki całodobowej do dziennej i hostelowej;
 - c) z interwencji kryzysowej do opieki długoterminowej;
 - d) z opieki wysoko intensywnej do działań zapobiegających zaostrzeniom i nawrotom.
3. Celem alokacji środków jest:
 - a) poprawa wyników zdrowotnych;
 - b) ograniczenie hospitalizacji możliwych do uniknięcia;
 - c) zwiększenie efektywności systemu;
 - d) poprawa ciągłości opieki.

§ 12. [Mechanizm monitorowania wykorzystania budżetu]

1. W celu monitorowania wykorzystania budżetu populacyjnego stosuje się jednostki referencyjne kosztowe przypisane do poziomów intensywności opieki.
2. Jednostki referencyjne kosztowe służą wyłącznie analizie, porównywaniu i kontroli wykorzystania budżetu.
3. Jednostki referencyjne kosztowe nie stanowią podstawy tworzenia odrębnych strumieni finansowania.

§ 13. [Zakaz fragmentacji finansowania]

1. Niedopuszczalne jest konstruowanie mechanizmów finansowania, które:
 - a) wyodrębniają hospitalizację jako odrębny strumień finansowy;
 - b) premiuje zwiększanie liczby osobodni lub kontaktów bez uwzględnienia jakości i wyniku;
 - c) rozdziela odpowiedzialność za pacjenta między podmioty bez zachowania ciągłości finansowania;
 - d) tworzą bodźce do utrzymywania pacjenta w bardziej intensywnej formie opieki niż wynika to z potrzeb.
2. Naruszenie zasad, o których mowa w ust. 1, stanowi podstawę do:
 - a) korekty finansowania;
 - b) nałożenia sankcji umownych;
 - c) zmiany zakresu umowy;
 - d) przeprowadzenia audytu.

§ 14. [Zakres odpowiedzialności operatora]

Operator odpowiada za:

1. dostęp do świadczeń;
2. ciągłość ścieżki opieki;
3. koordynację opieki;
4. adekwatność intensywności opieki;
5. wyniki zdrowotne populacji objętej opieką;
6. bezpieczeństwo i jakość opieki.

Rozdział 4

Finansowanie specjalistycznych programów terapeutycznych (strumień II)

§ 15. [Zasady finansowania programów terapeutycznych]

1. Specjalistyczne programy terapeutyczne finansowane są w formie pakietów świadczeń (bundle), obejmujących zdefiniowany epizod opieki realizowany zgodnie z programem terapeutycznym.

2. Pakiet, o którym mowa w ust. 1, obejmuje:
 - a) cały cykl leczenia w ramach programu terapeutycznego, od kwalifikacji do zakończenia programu albo zmiany ścieżki opieki;
 - b) wszystkie świadczenia gwarantowane wchodzące w skład programu terapeutycznego, niezależnie od formy ich realizacji, w szczególności świadczenia diagnostyczne, lekarskie, psychologiczne, psychoterapeutyczne, środowiskowe, dzienne, a w uzasadnionych przypadkach także całodobowe;
 - c) świadczenia koordynacji opieki oraz monitorowania przebiegu programu;
 - d) świadczenia związane z oceną wyników klinicznych i funkcjonalnych.
3. Pakiet ma charakter całościowy i nie podlega rozliczeniu w oparciu o pojedyncze świadczenia składowe, z wyjątkiem przypadków określonych w przepisach odrębnych albo w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Wysokość finansowania pakietu może być różnicowana w zależności od:
 - a) rodzaju programu terapeutycznego;
 - b) poziomu złożoności potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych;
 - c) przewidywanej intensywności oddziaływań;
 - d) czynników ryzyka klinicznego i społecznego;
 - e) innych elementów wpływających na koszt i przebieg leczenia.
5. Finansowanie pakietowe może być uzupełnione komponentem jakościowym uzależnionym od osiągnięcia określonych wyników klinicznych, funkcjonalnych, organizacyjnych albo doświadczenia pacjenta.

§ 16. [Warunki finansowania programów terapeutycznych]

1. Warunkiem finansowania programu terapeutycznego jest jego formalne określenie przez świadczeniodawcę albo płatnika, obejmujące co najmniej:
 - a) grupę docelową;
 - b) kryteria kwalifikacji do programu (kryteria wejścia);
 - c) opis przebiegu programu, w tym jego etapy oraz przewidywany czas trwania;
 - d) zestaw świadczeń gwarantowanych wchodzących w skład pakietu;
 - e) kryteria zakończenia, kontynuacji albo zmiany programu;
 - f) zasady współrealizacji świadczeń, jeżeli program jest realizowany przez więcej niż jeden podmiot.
2. Warunkiem objęcia osoby programem terapeutycznym jest:
 - a) spełnienie kryteriów kwalifikacji;
 - b) sporządzenie planu terapii i zdrowienia obejmującego udział w programie;
 - c) uzasadnienie kliniczne i funkcjonalne wyboru programu;

- d) zgoda osoby korzystającej z opieki, o ile jest wymagana przepisami odrębnymi.
- 3. Program terapeutyczny musi obejmować mierniki wyników (outcome), odnoszące się co najmniej do:
 - a) stanu klinicznego;
 - b) poziomu funkcjonowania;
 - c) jakości życia;
 - d) realizacji celów uzgodnionych z osobą korzystającą z opieki;
 - e) przebiegu ścieżki opieki, w tym hospitalizacji i rehospitalizacji.
- 4. W trakcie realizacji programu terapeutycznego prowadzi się:
 - a) bieżące monitorowanie przebiegu terapii;
 - b) okresową ocenę postępów w odniesieniu do przyjętych mierników;
 - c) aktualizację planu terapii i zdrowienia.
- 5. Zakończenie programu terapeutycznego wymaga przeprowadzenia ewaluacji końcowej obejmującej:
 - a) ocenę osiągniętych wyników klinicznych i funkcjonalnych;
 - b) ocenę stopnia realizacji celów terapeutycznych;
 - c) określenie dalszej ścieżki opieki;
 - d) wskazanie ewentualnej potrzeby kontynuacji leczenia w innym programie albo na innym poziomie intensywności opieki.

§ 17. [Zasady rozliczania i odpowiedzialności]

- 1. Rozliczenie pakietu następuje za zrealizowany cykl programu terapeutycznego albo jego wyodrębniony etap, zgodnie z warunkami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 2. W przypadku przerwania programu terapeutycznego:
 - a) rozliczenie może być dokonane proporcjonalnie do zrealizowanej części programu;
 - b) świadczeniodawca jest zobowiązany do udokumentowania przyczyn przerwania oraz zapewnienia ciągłości opieki.
- 3. Świadczeniodawca realizujący program terapeutyczny ponosi odpowiedzialność za:
 - a) zgodność realizacji programu z jego opisem;
 - b) osiąganie wyników adekwatnych do stanu klinicznego i funkcjonalnego osób objętych programem;
 - c) zapewnienie ciągłości ścieżki opieki;
 - d) prawidłowe prowadzenie dokumentacji oraz sprawozdawczości.

§ 18. [Mechanizmy jakościowe i zabezpieczające]

1. Finansowanie programów terapeutycznych podlega mechanizmom jakościowym i zabezpieczającym, obejmującym w szczególności:
 - a) ocenę wyników programu w odniesieniu do przyjętych mierników;
 - b) analizę struktury pacjentów objętych programem;
 - c) korektę case-mix;
 - d) analizę sytuacji odstających;
 - e) audyty kliniczne.
2. Mechanizmy, o których mowa w ust. 1, stosuje się w celu:
 - a) ograniczenia ryzyka selekcji pacjentów;
 - b) zapewnienia adekwatności finansowania;
 - c) poprawy jakości i skuteczności programów terapeutycznych;
 - d) doskonalenia organizacji opieki.

§ 19. [Relacja programów terapeutycznych do budżetu populacyjnego]

1. Finansowanie programów terapeutycznych ma charakter uzupełniający wobec finansowania budżetem populacyjnym.
2. Jeżeli osoba korzystająca z opieki uczestniczy równocześnie w ścieżce opieki finansowanej ze Strumienia I i w programie finansowanym ze Strumienia II, operator zachowuje odpowiedzialność za ciągłość opieki.
3. Niedopuszczalne jest dublowanie finansowania tych samych działań w Strumieniu I i Strumieniu II.

Rozdział 5

Finansowanie badań, wdrożeń i innowacji

§ 20. [Zakres Strumienia III]

1. Strumień III obejmuje finansowanie badań klinicznych, badań wdrożeniowych, innowacji terapeutycznych, innowacji organizacyjnych oraz działań rozwojowych służących doskonaleniu systemu opieki psychiatrycznej.
2. Finansowanie w ramach Strumienia III może dotyczyć w szczególności:
 - a) wdrażania nowych metod diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych;
 - b) wdrażania nowych modeli organizacji opieki psychiatrycznej;
 - c) walidacji narzędzi pomiaru wyników zdrowotnych, funkcjonowania i doświadczenia pacjenta;

- d) projektów badawczo-wdrożeniowych dotyczących opieki środowiskowej, dziennej, całodobowej, hostelowej, interwencji kryzysowej oraz klubu zdrowia;
- e) programów rozwojowych dotyczących narzędzi cyfrowych, telemedycznych oraz rozwiązań wspierających koordynację ścieżki opieki;
- f) działań dydaktycznych, superwizyjnych i wdrożeniowych bezpośrednio związanych z poprawą jakości opieki psychiatrycznej.

§ 21. [Cel finansowania badań i innowacji]

1. Finansowanie w ramach Strumienia III służy:
 - a) poprawie wyników zdrowotnych i funkcjonalnych osób korzystających z opieki;
 - b) zwiększaniu skuteczności klinicznej i organizacyjnej systemu;
 - c) rozwojowi modeli opieki zgodnych z odpowiedzialnością populacyjną, ciągłością opieki i ochroną zdrowia psychicznego opartą na wartościach;
 - d) upowszechnianiu rozwiązań o potwierdzonej skuteczności i wartości zdrowotnej;
 - e) ograniczaniu stosowania rozwiązań przestarzałych, nieskutecznych albo nadmiernie restrykcyjnych.
2. Strumień III nie może być wykorzystywany do finansowania bieżącej działalności świadczeniodawcy, która powinna być finansowana w ramach Strumienia I albo Strumienia II.

§ 22. [Podmioty uprawnione]

1. Finansowanie w ramach Strumienia III może być przyznawane świadczeniodawcom, którzy:
 - a) posiadają zdolność organizacyjną do prowadzenia projektów badawczych, wdrożeniowych albo innowacyjnych;
 - b) zapewniają zgodność działań z przepisami prawa, w szczególności dotyczącymi badań klinicznych, ochrony praw pacjenta i ochrony danych;
 - c) dysponują personelem o kwalifikacjach odpowiednich do realizacji projektu;
 - d) zapewniają możliwość monitorowania efektów projektu.
2. Finansowanie może być przyznawane w szczególności:
 - a) operatorom;
 - b) świadczeniodawcom realizującym specjalistyczne programy terapeutyczne;
 - c) podmiotom prowadzącym działalność badawczą i wdrożeniową;
 - d) konsorcjom tworzonym przez podmioty, o których mowa w pkt 1–3.

§ 23. [Tryby finansowania]

1. Finansowanie w ramach Strumienia III może być udzielane w formie:

- a) ryczałtu rozwojowego;
 - b) finansowania projektowego;
 - c) finansowania etapowego uzależnionego od osiągnięcia kamieni milowych;
 - d) dodatku jakościowo-innowacyjnego do umowy o udzielanie świadczeń.
2. Prezes Funduszu może określić odrębne warunki konkursowe albo konkursowo-wnioskowe dla projektów finansowanych w ramach Strumienia III.

§ 24. [Warunki przyznania finansowania]

1. Przyznanie finansowania w ramach Strumienia III wymaga przedstawienia:
- a) opisu projektu;
 - b) uzasadnienia klinicznego, organizacyjnego albo systemowego;
 - c) celu głównego i celów szczegółowych;
 - d) harmonogramu realizacji;
 - e) wskaźników produktu, rezultatu i efektu;
 - f) planu ewaluacji;
 - g) planu wykorzystania wyników projektu w systemie opieki psychiatrycznej;
 - h) budżetu projektu;
 - i) analizy ryzyk realizacyjnych.
2. W przypadku projektów wymagających odrębnych zgód albo opinii finansowanie może zostać uruchomione po spełnieniu wymagań wynikających z przepisów odrębnych.

§ 25. [Kryteria oceny projektów]

1. Przy ocenie projektów finansowanych w ramach Strumienia III uwzględnia się w szczególności:
- a) znaczenie projektu dla poprawy wyników zdrowotnych i funkcjonowania pacjentów;
 - b) zgodność projektu z celami reformy opieki psychiatrycznej;
 - c) potencjał projektu do zwiększenia jakości, ciągłości i dostępności opieki;
 - d) potencjał projektu do ograniczenia hospitalizacji możliwych do uniknięcia albo innych nieefektywności systemowych;
 - e) możliwość wdrożenia rezultatów projektu do praktyki systemowej;
 - f) adekwatność kosztów do przewidywanych korzyści;
 - g) jakość metodologiczną projektu;
 - h) zdolność organizacyjną wnioskodawcy do realizacji projektu.
2. Dodatkowo premiuje się projekty:
- a) realizowane w warunkach rzeczywistej opieki środowiskowej;

- b) obejmujące udział osób korzystających z opieki oraz ekspertów przez doświadczenie;
- c) rozwijające narzędzia pomiaru wyników istotnych dla pacjenta;
- d) wspierające integrację opieki psychiatrycznej z pomocą społeczną, rehabilitacją społeczną i zawodową oraz zatrudnieniem wspomaganym.

§ 26. [Zasady rozliczania Strumienia III]

1. Finansowanie w ramach Strumienia III podlega rozliczeniu na podstawie:
 - a) wykonania zadań określonych w projekcie;
 - b) osiągnięcia ustalonych kamieni milowych;
 - c) przedłożenia raportów merytorycznych i finansowych;
 - d) wyników ewaluacji projektu.
2. Rozliczenie Strumienia III nie opiera się wyłącznie na liczbie wykonanych świadczeń, lecz na stopniu osiągnięcia zakładanych rezultatów i użyteczności systemowej projektu.
3. Fundusz może uzależnić wypłatę całości albo części środków od przedstawienia dowodów wdrożenia rezultatów projektu albo możliwości ich wdrożenia w praktyce.

§ 27. [Relacja Strumienia III do pozostałych strumieni]

1. Finansowanie w ramach Strumienia III ma charakter uzupełniający wobec Strumienia I i Strumienia II.
2. Finansowanie badań i innowacji nie może prowadzić do:
 - a) osłabienia ciągłości opieki finansowanej budżetem populacyjnym;
 - b) dublowania finansowania tych samych działań w różnych strumieniach;
 - c) przenoszenia kosztów bieżącej opieki do Strumienia III w celu obejścia zasad finansowania.
3. Jeżeli projekt realizowany w ramach Strumienia III dotyczy osób objętych budżetem populacyjnym, operator pozostaje odpowiedzialny za ciągłość ścieżki opieki.

§ 28. [Ewaluacja i upowszechnianie rezultatów]

1. Każdy projekt finansowany w ramach Strumienia III podlega ewaluacji końcowej, a w przypadku projektów wieloletnich także ewaluacji okresowej.
2. Ewaluacja obejmuje co najmniej:
 - a) ocenę realizacji celów projektu;
 - b) ocenę wpływu na wyniki zdrowotne, funkcjonowanie albo doświadczenie pacjentów;
 - c) ocenę wpływu na organizację i efektywność opieki;
 - d) ocenę możliwości wdrożenia rezultatów w innych podmiotach lub obszarach.

3. Wyniki projektów finansowanych w ramach Strumienia III wykorzystuje się do aktualizacji standardów organizacyjnych, mechanizmów jakości, zasad finansowania albo warunków realizacji świadczeń.

Rozdział 6

Mechanizmy jakości

§ 29. [Komponent jakościowy]

1. Do 20% wartości finansowania może być uzależnione od poziomu jakości i osiąganych wyników.
2. Komponent jakościowy stosuje się z uwzględnieniem korekty ryzyka oraz struktury populacji objętej opieką.

§ 30. [Wskaźniki jakości]

1. Wskaźniki jakości dotyczą następujących kategorii:

- a) Jakość kliniczna
- b) Jakość konsumencka
- c) Jakość zarządcza

2. Wskaźniki określone są w standardach organizacyjnych opieki psychiatrycznej oraz w szczegółowych wytycznych Ministra do spraw zdrowia

§ 31. [Premie i korekty]

1. Premia jakościowa może wynosić do 10% wartości finansowania.
2. Korekta negatywna może wynosić do 10% wartości finansowania.
3. Mechanizm premii i korekt nie może prowadzić do selekcji pacjentów ani ograniczania dostępu dla osób z większym nasileniem potrzeb.

Rozdział 7

Mechanizmy kontroli ryzyka

§ 32. [Zakaz selekcji pacjentów]

Zakazuje się:

1. odrzucania pacjentów z powodu wysokiego stopnia złożoności potrzeb;
2. preferowania pacjentów o niższym stopniu trudności klinicznej, funkcjonalnej albo społecznej.

§ 33. [Mechanizmy zabezpieczające]

1. W celu zapewnienia adekwatności finansowania, jakości opieki oraz ograniczenia ryzyka selekcji pacjentów, w systemie opieki psychiatrycznej stosuje się następujące mechanizmy zabezpieczające:
 - a) korektę case-mix;

- b) monitoring struktury pacjentów;
 - c) analizę sytuacji odstających;
 - d) audyty kliniczne.
2. Korekta case-mix polega na uwzględnianiu w ocenie działalności świadczeniodawcy oraz w mechanizmach finansowania różnic w strukturze pacjentów wynikających w szczególności z nasilenia zaburzeń psychicznych, poziomu ryzyka klinicznego, stopnia niepełnosprawności psychospołecznej, współchorobowości, przewlekłości przebiegu zaburzeń, częstotliwości nawrotów oraz złożoności potrzeb zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych.
 3. Monitoring struktury pacjentów polega na systematycznej analizie populacji objętej opieką, w szczególności w zakresie rozkładu rozpoznań, poziomów intensywności opieki, częstości hospitalizacji, udziału osób w kryzysach nawracających, współwystępowania zaburzeń somatycznych lub uzależnień oraz udziału osób wymagających długoterminowej opieki środowiskowej i wsparcia funkcjonalnego.
 4. Analiza sytuacji odstających polega na identyfikacji i ocenie przypadków, świadczeniodawców albo zdarzeń odbiegających od przyjętych wzorców klinicznych, organizacyjnych, populacyjnych albo kosztowych, w szczególności w zakresie ponadprzeciętnej liczby hospitalizacji, rehospitalizacji, nagłych przerw opieką, skrajnie krótkiego albo skrajnie długiego czasu leczenia, nietypowej struktury rozpoznań albo nadmiernej koncentracji określonych kategorii pacjentów.
 5. Audyty kliniczne prowadzi się w celu oceny zgodności udzielanej opieki z obowiązującym standardem organizacyjnym, aktualną wiedzą medyczną, zasadami bezpieczeństwa, zasadami prowadzenia dokumentacji oraz wymogami dotyczącymi ciągłości, adekwatności i jakości ścieżki opieki.
 6. Mechanizmy, o których mowa w ust. 1, stosuje się w sposób służący poprawie jakości opieki, racjonalizacji finansowania oraz ograniczaniu niepożądanych bodźców organizacyjnych i finansowych, a nie wyłącznie w celach kontrolnych lub sankcyjnych.
 7. Wyniki stosowania mechanizmów zabezpieczających wykorzystuje się w szczególności do:
 - a) doskonalenia zasad finansowania;
 - b) identyfikacji ryzyk selekcji pacjentów oraz ryzyk zaniżania lub zawyżania intensywności opieki;
 - c) poprawy organizacji ścieżek opieki;
 - d) planowania działań naprawczych, szkoleniowych i jakościowych.

§ 34. [Zdarzenia krytyczne]

1. W systemie opieki psychiatrycznej wprowadza się obowiązek identyfikowania, rejestrowania i raportowania zdarzeń sygnałowych, rozumianych jako zdarzenia o

szczególnie wysokiej wadze klinicznej, organizacyjnej albo bezpieczeństwa, wymagające niezwłocznej analizy i oceny przyczyn ich wystąpienia.

2. Do zdarzeń krytycznych zalicza się w szczególności:
 1. samobójstwo osoby objętej opieką psychiatryczną, jeżeli nastąpiło w czasie udzielania świadczeń, w okresie bezpośrednio związanym z interwencją kryzysową, hospitalizacją, wypisem albo przerwaniem ciągłości opieki;
 2. ciężkie zdarzenie, przez które rozumie się zdarzenie skutkujące śmiercią, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, trwałym albo istotnym pogorszeniem stanu psychicznego lub somatycznego osoby korzystającej z opieki, a także inne zdarzenie o porównywalnej doniosłości dla bezpieczeństwa pacjenta;
 3. przerwanie opieki, przez które rozumie się nieplanowane albo nieuzasadnione klinicznie zerwanie ciągłości ścieżki opieki, mogące prowadzić do istotnego pogorszenia stanu zdrowia, nawrotu kryzysu psychicznego, hospitalizacji możliwej do uniknięcia albo zwiększenia ryzyka samobójczego, autoagresywnego, przemocowego albo głębokiej dezorganizacji funkcjonowania.
3. Obowiązki raportowania podlegają:
 - a) samobójstwa;
 - b) ciężkie zdarzenia;
 - c) przypadki przerwania opieki o istotnym znaczeniu klinicznym, organizacyjnym albo bezpieczeństwa.
4. Raportowanie zdarzeń krytycznych służy w szczególności:
 - a) identyfikacji przyczyn bezpośrednich i systemowych;
 - b) ocenie, czy w przebiegu opieki wystąpiły luki w dostępności, koordynacji, komunikacji albo monitorowaniu ryzyka;
 - c) wdrażaniu działań naprawczych i zapobiegawczych;
 - d) poprawie jakości i bezpieczeństwa opieki psychiatrycznej.
5. Zgłoszenie zdarzenia krytycznego powinno obejmować co najmniej:
 - a) rodzaj zdarzenia;
 - b) datę i okoliczności jego wystąpienia;
 - c) informacje o etapie ścieżki opieki, na którym doszło do zdarzenia;
 - d) wstępną ocenę możliwych czynników klinicznych, organizacyjnych i środowiskowych;
 - e) informacje o podjętych działaniach bezpośrednich;
 - f) plan przeprowadzenia analizy wewnętrznej i działań naprawczych.
6. Każde zdarzenie krytyczne podlega analizie wewnętrznej prowadzonej przez świadczeniodawcę, obejmującej ocenę przebiegu ścieżki opieki, adekwatności podejmowanych oddziaływań, ciągłości opieki, wymiany informacji oraz zgodności postępowania z obowiązującym standardem organizacyjnym i aktualną wiedzą medyczną.

7. Analiza zdarzenia krytycznego ma charakter przede wszystkim jakościowy i prewencyjny oraz służy uczeniu się systemu, poprawie bezpieczeństwa i ograniczaniu ryzyka powtórzenia podobnych zdarzeń; nie może być redukowana wyłącznie do funkcji represyjnej albo formalno-sprawozdawczej.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia albo Narodowy Fundusz Zdrowia mogą określić, w drodze przepisów odrębnych albo aktów wykonawczych, szczegółowy zakres, tryb i terminy raportowania zdarzeń krytycznych, z uwzględnieniem potrzeby zapewnienia proporcjonalności obowiązków sprawozdawczych oraz ochrony danych osobowych.

Rozdział 8

Sprawozdawczość

§ 35. [Zakres minimalny]

Zakres minimalny sprawozdawczości obejmuje:

1. dane o ścieżce pacjenta;
2. poziomy opieki;
3. przejścia między poziomami;
4. wynik, efekt zdrowotny i doświadczenia świadczeniobiorców, w zakresie określonym przez Fundusz.

§ 36. [Zasady sprawozdawczości]

1. Sprawozdawczość ma charakter minimalny, proporcjonalny i powiązany z jakością.
2. Sprawozdawczość nie może być nadmiarowa ani prowadzić do nieuzasadnionego obciążenia personelu klinicznego.
3. Zakres danych sprawozdawczych powinien wspierać monitorowanie ciągłości ścieżki opieki, jakości oraz wyników zdrowotnych.

Rozdział 9

Rozliczenia i bodźce

§ 37. [Elastyczność rozliczeniowa]

Operator może przesuwać środki pomiędzy formami opieki w ramach budżetu populacyjnego, z zachowaniem odpowiedzialności za ciągłość, dostępność i jakość opieki.

§ 38. [Podział oszczędności]

1. Oszczędności uzyskane w wyniku poprawy efektywności mogą podlegać podziałowi pomiędzy Fundusz a operatora.
2. Warunkiem zastosowania mechanizmu podziału oszczędności jest utrzymanie albo poprawa jakości opieki oraz brak pogorszenia dostępności.

3. Mechanizm podziału oszczędności nie może premiować ograniczania świadczeń niezbędnych klinicznie ani selekcji pacjentów.

Rozdział 10

Przepisy końcowe

§ 39. [Wdrożenie etapowe]

1. Wdrożenie modelu finansowania określonego w zarządzeniu następuje etapowo.
2. Fundusz może określić harmonogram wdrażania poszczególnych komponentów finansowania, w szczególności:
 - a) budżetu populacyjnego;
 - b) komponentu jakościowego;
 - c) mechanizmów podziału oszczędności;
 - d) finansowania Strumienia III.

§ 40. [Ewaluacja]

1. Ewaluację funkcjonowania modelu finansowania przeprowadza się po upływie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie zarządzenia.
2. Ewaluacja obejmuje w szczególności:
 - a) wpływ na dostępność świadczeń;
 - b) wpływ na ciągłość opieki;
 - c) wpływ na hospitalizacje i rehospitalizacje;
 - d) wpływ na wyniki zdrowotne i funkcjonalne;
 - e) wpływ na efektywność kosztową;
 - f) wpływ Strumienia III na rozwój systemu.

§ 41. [Wejście w życie]

Zarządzenie wchodzi w życie po upływie ... dni od dnia podpisania.