

# **PROJEKT ROZPORZĄDZENIA W SPRAWIE STANDARDÓW ORGANIZACYJNYCH OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ OPARTEJ NA WARTOŚCIACH**

## **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.
16. **wynik lokalny** – łączny wynik osiągnięty dla populacji objętej odpowiedzialnością operatora populacyjnego, obejmujący w szczególności dostępność opieki, ciągłość opieki, adekwatność form pomocy, efekty zdrowotne, poziom funkcjonowania, doświadczenie pacjentów i ich bliskich, bezpieczeństwo oraz racjonalność wykorzystania zasobów.
17. **rada zdrowia psychicznego** – ciało opiniotwórczo-doradcze i koordynacyjne o charakterze międzyinstytucjonalnym, tworzone przez samorząd terytorialny dla obszaru działania operatora populacyjnego albo dla obszaru województwa, powiatu, subregionu lub innego obszaru planowania, którego zadaniem jest wspieranie współpracy między sektorami, opiniowanie celów lokalnych, analiza potrzeb zdrowotnych i społecznych, monitorowanie funkcjonowania systemu oraz formułowanie rekomendacji; rada zdrowia psychicznego nie jest operatorem populacyjnym, operatorem systemowym ani operatorem zarządczym;

## **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 opieką 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. Centrum Zdrowia Psychicznego, 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 tyś. 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 zdrowia oraz inne osoby posiadające kwalifikacje przydatne dla realizacji planu terapii i zdrowia 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 zdrowia;
  - 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 wspomaganego.
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.

## **§ 29. [Rada zdrowia psychicznego]**

1. Rada zdrowia psychicznego jest ciałem opiniodawczo-doradczym i koordynacyjnym wspierającym współpracę międzyinstytucjonalną oraz monitorowanie funkcjonowania lokalnego albo regionalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego.
2. Do zadań rady zdrowia psychicznego należy w szczególności:
  - a) opiniowanie lokalnych celów zdrowotnych i społecznych w zakresie zdrowia psychicznego;
  - b) analiza potrzeb populacji i nierówności w dostępie do opieki psychiatrycznej;
  - c) wspieranie współpracy między ochroną zdrowia, pomocą społeczną, edukacją, rynkiem pracy, mieszkalnictwem i organizacjami społecznymi;
  - d) opiniowanie planów rozwoju lokalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego;
  - e) monitorowanie ogólnych wyników funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego.
3. Rada zdrowia psychicznego nie wykonuje działalności leczniczej, nie organizuje bezpośrednio ścieżek opieki, nie ponosi odpowiedzialności kontraktowej wobec Narodowego Funduszu Zdrowia.

## **Rozdział 5**

### **Organizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego**

#### **§ 30. [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.

#### **§ 31. [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.

### **§ 32. [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.

### **§ 33. [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.

#### **§ 34. [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.

#### **§ 35. [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.

#### **§ 36. 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.

### **§ 37. [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.

### **§ 38. [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.

### **§ 39. [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.

### **§ 40. [Świadczenia dzienne]**

1. Świadczenia dzienne obejmują zorganizowane, wieloprofilowe oddziaływania diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne i wspierające, realizowane bez konieczności całodobowego 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.

#### **§ 41. [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.

#### **§ 42. [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.

#### **§ 43. [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.

#### **§ 44. [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.

#### **§ 45. [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**

##### **§ 46. [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.

#### **§ 47. [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.

#### **§ 48. [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**

#### **§ 49. [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**

#### **§ 50. [Wymiary jakości]**

Jakość opieki psychiatrycznej monitoruje się co najmniej w następujących wymiarach:

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

#### **§ 51. [Wskaźniki jakości]**

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

#### **§ 52. [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**

#### **§ 53. [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.

#### **§ 54. [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.

#### **§ 55. [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.

#### **§ 56. 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.

#### **§ 57. 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**

**§ 58. [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.

**§ 59. [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  $\leq 72$  godziny.

### **4. Ciągłość opieki**

1. Odsetek pacjentów mających wyznaczonego koordynatora opieki.
2. Odsetek pacjentów z ciągłością opieki po wypisie (kontakt  $\leq 7$  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**
  - planowane lub pilne przyjęcie do oddziału stacjonarnego,
  - współpraca przy wypisie i kontynuacji opieki.
6. **Funkcja koordynacyjna**
  - przydział koordynatora opieki dla osób z potrzebą opieki ciągłej albo złożonej,
  - monitorowanie realizacji planu terapii i zdrowienia,
  - formalne przekazywanie odpowiedzialności między poziomami opieki.
7. **Funkcja współpracy społecznej i rehabilitacyjnej**
  - formalna współpraca z pomocą społeczną,
  - współpraca z mieszkaniem wspieranym, rehabilitacją społeczną i zawodową,
  - współpraca z zatrudnieniem wspomagany.
8. **Funkcja jakości i ewaluacji**
  - bieżące monitorowanie wskaźników jakości,
  - analiza zdarzeń krytycznych,
  - przeglądy jakościowe i naprawcze.
9. **Funkcja udziału ekspertów przez doświadczenie**
  - zapewnienie udziału asystentów zdrowienia lub równoważnej formy wsparcia rówieśniczego (peer suport),
  - 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 PROJEKTU STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ OPARTEJ NA WARTOŚCIACH

## 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.