

# TYOLOGIA POMOCY W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ I BŁĘDY LOGICZNE W ZARZĄDZENIU PREZESA NFZ

## Spis treści

RYS HISTORYCZNY I ŹRÓDŁA „OPIEKI CZYNNEJ” .....	1
AKTUALNA LOGIKA TYPOLOGII POMOCY W STANDARDACH ORGANIZACYJNYCH I ROZPORZĄDZENIU PILOTAŻOWYM CZP .....	7
NOWA WIELO-OSIOWA TYPOLOGIA POMOCY W CZP .....	12
POPRAWKA DO STANDARDU ORGANIZACYJNEGO CZP W SPRAWIE TYPOLOGII POMOCY .....	17
WYTYCZNE ChatGPT DO ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ W SPRAWIE CZP .....	20
KRYTERIA KWALIFIKACJI DO POMOCY KRÓTKOTERMINOWEJ VS. DŁUGOTERMINOWEJ NA POCZĄTKU OPIEKI .....	25
ZASADNOŚĆ RAPORTOWANIA TYPU POMOCY WG ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ 38/2026/DSOZ.....	29
KLINICZNY, OPERACYJNY I FINANSOWY SENS KWALIFIKACJI DO OPIEKI KRÓTKOTERMINOWEJ I DŁUGOTERMINOWEJ .....	33
TYPOLOGIA POMOCY VS POZIOMY INTENSYWNOŚCI OPIEKI .....	37

## RYS HISTORYCZNY I ŹRÓDŁA „OPIEKI CZYNNEJ”

### Rys historyczny i źródła „opieki czynnej”

**Rys historyczny i analiza porównawcza** pojęć: „opieka czynna” w tradycji środkowoeuropejskiej, **ACT** w USA, **FACT** w Holandii oraz niemieckiego **FIT**. Na końcu omawiam osobno: **zalecenia konsultantów z 2003 r.**, **definicję „pomocy czynnej” w standardach organizacyjnych CZP** oraz **definicję w rozporządzeniu pilotażowym CZP**. Zaznaczam przy tym jedną ważną rzecz: dla środkowoeuropejskiej „opieki czynnej” łatwiej wskazać **tradycję organizacyjną i funkcję systemową** niż jedno, precyzyjne, międzynarodowo uznane „źródło założycielskie” analogiczne do Madison ACT w USA. To raczej pojęcie wyrosło z praktyki ambulatoryjnej i środowiskowej psychiatrii poradnianej niż z jednego kanonicznego modelu.

### 1. „Opieka czynna” w Europie Środkowej i w Polsce – rys historyczny

W polskiej tradycji psychiatrycznej „opieka czynna” oznaczała formę pracy poradni zdrowia psychicznego skierowaną do pacjentów, którzy **nie mogli być pozostawieni wyłącznie własnej inicjatywie zgłaszania się po pomoc**. Już same zalecenia

konsultantów z 2003 r. mówią, że są one **zaktualizowaną wersją wytycznych z 27 czerwca 1988 r.** To pokazuje, że termin był osadzony w praktyce organizacyjnej co najmniej od końca lat 80., a zapewne jeszcze wcześniej funkcjonował w logice poradniowej i dyspanseryjnej psychiatrii środowiskowej.

W zaleceniach z 2003 r. rozróżniono dwie grupy pacjentów poradni: tych, którzy wymagają „**czynnego kierowania przebiegiem leczenia**” i tych, którzy tego nie wymagają. Ta pierwsza grupa tworzy właśnie grupę „opieki czynnej”, przeciwstawioną „opiece biernej”. Sama definicja jest bardzo charakterystyczna: czynna opieka w ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym to „**aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego poradni**”, mające służyć poprawie zdrowia psychicznego i ułatwieniu samodzielnego życia w środowisku społecznym.

To pojęcie było więc historycznie związane z trzema założeniami. Po pierwsze, z **ciągłością leczenia** po wyjściu ze szpitala i w przebiegu chorób przewlekłych. Po drugie, z **aktywnym podtrzymywaniem kontaktu**, a nie biernym czekaniem, aż pacjent sam wróci. Po trzecie, z włączaniem do procesu leczenia **środowiska społecznego**, w tym rodziny, szkoły, opieki społecznej i placówek ochrony zdrowia. Zalecenia nakazywały sporządzanie planu terapeutycznego, kontrolę zgłaszalności, podejmowanie kontaktu przy niestawieniu się pacjenta, współpracę ze środowiskiem społecznym i pomoc w problemach socjalno-bytowych.

Z tego powodu „opieka czynna” w polskiej i środkowoeuropejskiej tradycji nie była po prostu „częstszą kontrolą ambulatoryjną”. Była raczej **poradnianą, środowiskowo zorientowaną funkcją utrzymywania chorego w leczeniu i w życiu społecznym**, szczególnie po kryzysach psychotycznych, przy nawrotach, deficytach samodzielności i konfliktach środowiskowych. W późniejszych polskich opisach psychiatrii środowiskowej podkreślano, że do zadań tej formy należał stały nadzór nad grupą osób wymagających aktywnej opieki, prowadzenie rejestru, kontrola kontaktów, wizyty domowe i współpraca z pomocą społeczną.

## **2. ACT – amerykański punkt zwrotny**

ACT ma znacznie lepiej udokumentowany punkt wyjścia. SAMHSA wskazuje, że **Assertive Community Treatment** powstało w Wisconsin, w Mendota Mental Health Institute, gdy Leonard Stein, Mary Ann Test i Arnold Marx zauważyli, że wielu pacjentów wypisywanych ze szpitala w stabilnym stanie szybko wraca do hospitalizacji. Zespół uznał, że problemem nie jest wyłącznie sam pacjent, lecz również **fragmentacja i nieskuteczność systemu po wypisie**, a odpowiedzią ma być przeniesienie leczenia do środowiska życia pacjenta.

W klasycznym ACT kluczowe elementy to: **świadczenia in vivo** w miejscach, gdzie pacjent żyje, **mały caseload, shared caseload**, codzienna elastyczna adaptacja intensywności pracy, **stały punkt odpowiedzialności zespołu** oraz dostępność **24/7**. Według podręcznika SAMHSA zespół ACT to zwykle 10–12 osób opiekujących się ok. 100 osobami, co daje relację ok. 1:10; usługi są świadczone tak długo, jak trzeba, a zespół jako całość odpowiada za zapewnienie pacjentowi potrzebnego wsparcia w społeczności.

To oznacza, że ACT od początku było nie tylko nazwą intensywnej pomocy środowiskowej, ale **wysoce wyspecyfikowanym modelem zespołowym**.

## **3. FACT – holenderska adaptacja ACT**

Holenderski **Flexible Assertive Community Treatment** wyrósł z inspiracji ACT, ale został przeprojektowany do warunków, w których trzeba było objąć nie tylko niewielką grupę najciężej chorych, lecz **całą populację osób z SMI w danym rejonie**, z możliwością płynnego zwiększania i zmniejszania intensywności pomocy. Manual FACT podkreśla, że model ma zapewniać **continuity of care**, zapobiegać hospitalizacjom i wspierać włączenie społeczne, a zespół rejonowy zwykle obejmuje **200–220 klientów** na populację ok. 40–50 tys. mieszkańców.

Istotą FACT jest to, że w okresie stabilizacji pacjent ma zwykle swojego case managera i psychiatrę, ale gdy wchodzi w kryzys, zespół przechodzi na tryb intensywny: „**the whole team shares cases**”, organizuje codzienne koordynowanie pomocy i wizyty domowe wielu członków zespołu. Manual wyraźnie opisuje shared caseload i poranne spotkania zespołu przy „FACT board”, dzięki którym najbardziej złożone przypadki przestają być „problemem jednej osoby”.

W praktyce więc FACT jest **hybrydą**: łączy trwałość relacji i odpowiedzialność za całą populację SMI w regionie z możliwością czasowego wejścia w tryb zbliżony do ACT. To odróżnia go zarówno od klasycznego ACT, jak i od dawnej „opieki czynnej” poradni.

#### **4. FIT – niemiecki model „Flexible und integrierte Behandlung”**

Niemiecki FIT nie jest odpowiednikiem ACT ani FACT w ścisłym sensie. Jego osią jest nie tyle model pracy jednego zespołu, ile **rama finansowo-organizacyjna dla opieki przekraczającej podziały sektorowe**. Prawną podstawą są modelowe przedsięwzięcia z **§ 64b SGB V**, które mają służyć dalszemu rozwojowi opieki nad osobami chorującymi psychicznie. GKV-Spitzenverband opisuje je jako narzędzie rozwoju opieki i źródło danych do dalszej przebudowy systemu.

W niemieckich opracowaniach FIT jest opisywany jako forma **zintegrowanej, elastycznej terapii** oparta na **globalnym budżecie leczenia**. Dysertacja Afrasz streszcza to bardzo jasno: od 2003 r. system niemiecki miał możliwość umawiania z kasami chorych i regionalnymi świadczeniodawcami **globalnego budżetu leczenia**, a ta forma wynagradzania umożliwia zintegrowaną opiekę psychiatryczną; w tej postaci zaczęto ją określać jako **innovative flexible und integrierte Therapie (FIT)**. Autor pokazuje też ciągłość od wcześniejszych rozwiązań z § 26 BPflV do modelowych projektów z § 64b SGB V od 2012 r.

Najważniejsze jest więc to, że FIT jest przede wszystkim **mechanizmem organizacji i finansowania całego przebiegu opieki**, a nie jedną nazwą dla zespołu outreachowego. W FIT można wdrożyć rozwiązania zbliżone do ACT/FACT, ale FIT sam w sobie jest kategorią szerszą.

#### **5. Czy te pojęcia są ze sobą związane?**

Na poziomie **funkcji systemowej** – tak. Wszystkie cztery pojęcia odpowiadają na ten sam problem: jak zorganizować opiekę dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza po psychozach i z dysfunkcją psychospołeczną, aby nie ograniczać się do epizodycznej poradni i nawrotowych hospitalizacji.

Na poziomie **pochodzenia terminologicznego i modelowego** – nie do końca. Polska „opieka czynna” nie jest po prostu tłumaczeniem amerykańskiego „assertive” ani holenderskiego FACT. Jest pojęciem starszym w lokalnej praktyce poradnianej, formalnie utrwalonym w Polsce co najmniej od 1988 r. ACT ma własne, dobrze udokumentowane

amerykańskie pochodzenie; FACT jest holenderską adaptacją ACT; FIT zaś jest niemiecką ramą kontraktowo-finansową dla zintegrowanej opieki.

## **6. Zalecenia konsultantów z 2003 r. – co dokładnie wprowadzały?**

To jest dokument bardzo ważny, bo pokazuje klasyczne rozumienie „opieki czynnej” w Polsce. Zalecenia wprost wprowadzały podział poradnianych pacjentów na **grupę opieki czynnej i grupę opieki biernej**. O kwalifikacji decydował lekarz na podstawie badania psychiatrycznego, ewentualnie uzupełnionego psychologicznym, a kwalifikację należało weryfikować co najmniej raz w roku.

Definicja była następująca: czynna opieka w ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym to **aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego poradni**, mające poprawić stan zdrowia psychicznego pacjentów i ułatwić im samodzielne życie w środowisku społecznym.

Do tej opieki należało kwalifikować zwłaszcza chorych:

z nasilonymi objawami psychotycznymi, z częstymi zaostrzeniami i nawrotami, z całościowymi zaburzeniami rozwoju psychicznego, z zaburzeniami odżywiania przy zagrożeniu somatycznym, wymagających leczenia zapobiegającego nawrotom, niezdolnych do samodzielnej egzystencji bez oparcia bliskich, pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej, a także dzieci i młodzież zaniedbane opiekuńczo lub kierowane przez sąd rodzinny.

Konsekwencje organizacyjne były bardzo konkretne. Poradnia miała obowiązek: sporządzić i korygować plan terapeutyczny, zapewnić odpowiednią częstość kontaktów, współpracować ze środowiskiem społecznym pacjenta, pomagać w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych oraz współdziałać ze szpitalem i POZ. Zalecano też, aby – zależnie od możliwości – rozszerzać świadczenia o zespół środowiskowy, hospitalizację dzienną i grupy samopomocy.

Szczególnie ważna była zasada aktywnego podtrzymywania kontaktu: **co najmniej jeden kontakt w ciągu 2 miesięcy**, ustalanie przy każdym kontakcie kolejnego terminu, kontrola zgłaszania się pacjentów, a przy niestawieniu się – telefon, list albo kontakt bezpośredni, zwykle domowy. Jednocześnie dokument chronił autonomię pacjenta: bez jego zgody nie należało inicjować kontaktu, z wyjątkiem sytuacji bezpośredniego zagrożenia wynikającego z choroby psychicznej.

W skrócie: zalecenia z 2003 r. definiowały „opiekę czynną” jako **poradnianą, planową, środowiskowo rozszerzoną i aktywnie monitorowaną opiekę długofalową**.

## **7. „Pomoc czynna” w standardach organizacyjnych CZP Biura Pilotażu NPOZP**

W projekcie standardu organizacyjnego CZP pojęcie zostało rozwinięte i unowocześnione. Dokument mówi, że pomoc czynna obejmuje leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, którzy wymagają **ciągłości świadczeń, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów**. Jest realizowana ambulatoryjnie i w leczeniu środowiskowym, a oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego, **w tym koordynatora opieki**, służące poprawie zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego oraz ułatwieniu samodzielnego życia.

To już nie jest zwykła replika starej poradniowej definicji. Standard dodaje trzy rzeczy.

Po pierwsze, wprost wpisuje **koordynatora opieki** do definicji pomocy czynnej.

Po drugie, przesuwają środek ciężkości z samego „leczenia zapobiegającego nawrotom” na **interdyscyplinarną terapię i aktywne wsparcie w procesie zdrowienia**. Pacjentami mają być zwłaszcza osoby z przewlekłymi psychozami, częstymi nawrotami, potrzebą leczenia zapobiegającego nawrotom, ograniczoną samodzielnością bez wsparcia bliskich albo w konfliktowej sytuacji środowiskowej.

Po trzecie, standard bardzo konkretnie podnosi wymóg intensywności i koordynacji: każdy pacjent objęty pomocą czynną ma mieć **plan terapii i zdrowienia** oraz wyznaczonego koordynatora; ma być zapewniona odpowiednia częstość kontaktów z pacjentem, jego środowiskiem społecznym, POZ i organizacjami aktywizacji zawodowej; a minimalnie obowiązuje **co najmniej jeden kontakt tygodniowo** – bezpośredni, telefoniczny albo teleinformatyczny. Po wypisie z oddziału pierwszy kontakt powinien nastąpić w ciągu tygodnia. Przy niestawieniu się pacjenta koordynator ma podjąć telefon, kontakt mailowy/listowny albo wizytę domową.

To przybliży polską „pomoc czynną” do logiki nowoczesnych modeli zespołowych, choć nadal nie czyni z niej pełnego ACT.

## **8. Definicja w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego CZP**

W samym rozporządzeniu pilotażowym definicja jest bardziej zwięzła. § 14 stanowi, że centrum udziela pomocy **czynnej**, rozumianej jako leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, którzy wymagają **ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów**. Pozostałe formy to pomoc długoterminowa, krótkoterminowa i doraźna.

Tekst jednolity z 2020 r. pokazuje też, że **plan terapii i zdrowienia sporządza się w ramach pomocy czynnej**, a zespół sporządzający ten plan obejmuje co najmniej lekarza i koordynatora opieki; plan podlega okresowej ewaluacji nie rzadziej niż raz w roku.

Co ważne, najnowsze zmiany sprawozdawcze z 2026 r. – według komunikatu NFZ – **nie zmieniają modelu sprawowania opieki nad pacjentem ani sposobu rozliczenia programu pilotażowego**, więc omawiana logika pomocy czynnej pozostaje aktualna także po przedłużeniu pilotażu do końca 2026 r.

## **9. Analiza porównawcza**

Najkrócej: te pojęcia leżą na różnych poziomach architektury systemu.

**Opieka czynna** w tradycji polskiej i środkowoeuropejskiej to przede wszystkim **funkcja poradniowo-środowiskowa**: aktywne utrzymywanie kontaktu, plan terapeutyczny, współpraca ze środowiskiem, zapobieganie przerwaniu leczenia i nawrotom. Jest z natury bardziej opisem **trybu pracy** niż kompletnego, wyspecyfikowanego modelu zespołu.

**ACT** to natomiast **wysokofidelny model zespołowy** z jasno określonymi komponentami: shared caseload, mały caseload, praca in vivo, odpowiedzialność 24/7, time-unlimited services i jeden zespół jako stały punkt odpowiedzialności. Jest to model najmocniej zorientowany na osoby z najcięższymi, najbardziej destabilizującymi przebiegami SMI.

**FACT** zachowuje rdzeń ACT, ale wprowadza **elastyczne przelączanie intensywności opieki**. Obejmuje większą populację regionalną, umożliwia czasowe „wejście w ACT”, a

po poprawie wraca do mniej intensywnego prowadzenia przy zachowaniu ciągłości tej samej drużyny. To czyni go bliższym logice terytorialnej odpowiedzialności CZP.

**FIT** jest czymś innym: to **rama kontraktowo-finansowa i organizacyjna** dla zintegrowanej opieki, zwykle oparta na globalnym budżecie i przekraczaniu granic między sektorem stacjonarnym, dziennym, ambulatoryjnym i domowym. FIT może zawierać rozwiązania zbliżone do ACT lub FACT, ale nie jest z nimi tożsamy.

#### **10. Co z tego wynika pojęciowo?**

Najbardziej precyzyjny wniosek jest taki:

**„Opieka czynna”** to środkowoeuropejski, historycznie wcześniejszy sposób nazwania tej funkcji systemowej, którą ACT i FACT później opisały o wiele dokładniej i operacyjnie. Nie jest to jednak to samo pojęcie. „Opieka czynna” jest mniej sformalizowana, bardziej osadzona w tradycji poradni i dyspenseryzacji, i historycznie słabiej zdefiniowana zespołowo. ACT i FACT są znacznie bardziej rozwiniętymi modelami organizacji pracy zespołu. FIT zaś jest jeszcze czym innym: sposobem organizacji i finansowania całego systemu opieki.

W polskich CZP widać próbę przejścia od starej „opieki czynnej” do bardziej nowoczesnej **„pomocy czynnej”**: z koordynatorem, planem terapii i zdrowienia, częstszym kontaktem oraz większym naciskiem na zdrowienie i funkcjonowanie społeczne. To przesunęło pojęcie w stronę FACT-owej logiki elastycznej, terytorialnej i zintegrowanej opieki, choć nadal bez pełnej ACT-owej standaryzacji caseloadów, całodobowej odpowiedzialności jednego zespołu czy formalnych skal fidelity.

#### **11. Wniosek syntetyczny**

Jeżeli ująć to jednym zdaniem:

**„Opieka czynna”** w Polsce była historycznie narzędziem aktywnego, planowego i środowiskowo poszerzonego prowadzenia pacjentów przewlekle chorujących psychicznie; **ACT** jest amerykańskim, wysoko wyspecyfikowanym modelem zespołu intensywnej opieki środowiskowej; **FACT** jest holenderską, elastyczną adaptacją ACT dla całej populacji SMI w danym rejonie; **FIT** jest niemiecką ramą finansowo-organizacyjną umożliwiającą zintegrowaną opiekę przekraczającą podziały sektorowe.

# AKTUALNA LOGIKA TYPOLOGII POMOCY W STANDARDACH ORGANIZACYJNYCH I ROZPORZĄDZENIU PILOTAŻOWYM CZP

DB: *W kontekście powyższego opisu opieki czynnej zrób analizę jaka jest logika typologii pomocy w centrach zdrowia psychicznego: doraźna, konsultacyjna, czynna, krótkoterminowa, długoterminowa. Jaka jest relacja pomocy czynnej do długoterminowej?*

ChatGPT: Punktem wyjścia jest zrozumienie, że typologia CZP (**doraźna – konsultacyjna – czynna – krótkoterminowa – długoterminowa**) **nie jest klasyfikacją „produktów”**, tylko **operacyjną mapą sposobów pracy z pacjentem w czasie**. To w istocie ukryta **architektura ścieżek opieki**, która próbuje uchwycić trzy wymiary naraz:

1. **czas trwania,**
2. **intensywność i aktywność zespołu,**
3. **stopień odpowiedzialności za przebieg opieki.**

## 1. Logika typologii – co ona naprawdę opisuje

Najbardziej precyzyjne ujęcie:

**Typy pomocy w CZP opisują nie „co robimy”, tylko „jak i z jaką odpowiedzialnością prowadzimy pacjenta w czasie”.**

Można to rozpisać jako trzy osie:

### (A) Oś czasu

- doraźna → epizodyczna
- krótkoterminowa → ograniczona w czasie
- długoterminowa → ciągła

### (B) Oś intensywności / aktywności

- konsultacyjna → niska aktywność systemu
- czynna → wysoka aktywność systemu

### (C) Oś odpowiedzialności

- od „kontakt punktowy”
- do „ciągła odpowiedzialność za przebieg leczenia i funkcjonowanie”

## 2. Rozpisanie typów pomocy (operacyjnie)

### 1. Pomoc doraźna

- reakcja na sytuację nagłą / kryzysową
- jednorazowa lub krótkotrwała interwencja
- **brak przejęcia odpowiedzialności za dalszy przebieg**

👉 funkcja: **wejście do systemu / stabilizacja**

### 2. Pomoc konsultacyjna

- diagnoza, opinia, wskazanie dalszej ścieżki
- może być jednorazowa lub kilkunawizytowa

👉 funkcja:

- **triage kliniczny**
- decyzja: co dalej (krótko, długo, czynnie)

### 3. Pomoc krótkoterminowa

- ograniczony w czasie proces terapeutyczny
- jasno określony cel (np. epizod depresyjny, kryzys adaptacyjny)

👉 funkcja:

- **zamknięty epizod leczenia**

### 4. Pomoc długoterminowa

- leczenie przewlekłe
- regularne wizyty, kontrola farmakoterapii, psychoterapia

👉 funkcja:

- **utrzymanie stabilizacji klinicznej**

⚠️ kluczowe:

- może być **bierna lub aktywna**
- sama „długoterminowość” nie mówi nic o intensywności

### 5. Pomoc czynna (kluczowa kategoria)

- dotyczy pacjentów wymagających:
  - ciągłości,
  - aktywnego podtrzymywania kontaktu,
  - wyprzedzającego działania

👉 funkcja:

**zarządzanie przebiegiem opieki (case management + outreach + integracja)**

To jest jedyna kategoria, która opisuje:

- **tryb pracy zespołu**, a nie tylko czas trwania leczenia

### 3. Kluczowa relacja: „czynna” vs „długoterminowa”

To jest najważniejszy punkt Twojego pytania.

**! Błąd intuicyjny (częsty w praktyce)**

Zakłada się, że:

„czynna = długoterminowa”

To jest **nieprawda**.

✓ **Poprawna relacja**

**„czynna” ≠ „długoterminowa”**

tylko:

**„czynna” = sposób prowadzenia opieki (tryb)**

**„długoterminowa” = czas trwania opieki (horyzont)**

## **Możliwe kombinacje**

### **1. Długoterminowa + bierna**

- klasyczna poradnia:
  - wizyty co 2–3 miesiące
  - brak outreach
  - brak reakcji na przerwanie kontaktu

👉 model „kontrolny”

### **2. Długoterminowa + czynna**

- CZP w logice docelowej:
  - koordynator
  - aktywne utrzymywanie kontaktu
  - współpraca środowiskowa
  - reagowanie na pogorszenie

👉 model **FACT-like / community psychiatry**

### **3. Krótkoterminowa + czynna**

- np. epizod kryzysowy:
  - intensywna praca przez 4–8 tygodni
  - mobilny zespół
  - wysoka częstotliwość kontaktów

👉 model **ACT-like epizodyczny**

### **4. Krótkoterminowa + bierna**

- standardowa terapia krótkoterminowa
- pacjent sam utrzymuje kontakt

## **4. Co z tego wynika systemowo (bardzo ważne)**

### **1. „Pomoc czynna” jest kategorią nadrzędną funkcjonalnie**

Bo jako jedyna definiuje:

- odpowiedzialność,
- koordynację,
- aktywność systemu.

👉 to jest **proto-case management**

## 2. Typologia CZP jest niespójna ontologicznie

Masz w niej pomieszane:

- czas (krótkoterminowa / długoterminowa),
- funkcję (doraźna / konsultacyjna),
- tryb pracy (czynna).

👉 to jest dokładnie:

**„błąd koszykowej ontologii” na poziomie semantyki**

## 3. „Czynna” to ukryty rdzeń modelu środowiskowego

Jeśli ją rozwinąć konsekwentnie, dostajesz:

- ACT (wysoka intensywność)
- FACT (elastyczna intensywność)
- CZP (docelowo)

## 5. Interpretacja w Twojej logice VB-MH

Twoje „strumienie” bardzo dobrze to porządkują:

### Strumień podstawowy

- doraźna
- konsultacyjna
- część krótkoterminowej

### Strumień specjalistyczny

- krótkoterminowa (programy)
- część długoterminowej

### Strumień środowiskowy (kluczowy)

- 👉 pomoc czynna (różne horyzonty czasu)

## 6. Wniosek syntetyczny

Najbardziej precyzyjne zdanie:

**„Pomoc czynna nie jest jednym z typów opieki równorzędnym z długoterminową, lecz sposobem organizacji i prowadzenia opieki, który może obejmować zarówno procesy krótkoterminowe, jak i długoterminowe.”**

I jeszcze mocniej:

**„Długoterminowość opisuje czas trwania leczenia, natomiast czynność opisuje stopień odpowiedzialności systemu za przebieg tego leczenia.”**

## 7. Konsekwencja praktyczna (kluczowa dla reformy)

Jeżeli tego nie rozdzielisz:

👉 system będzie raportował:

- „długoterminową opiekę”

ale faktycznie realizował:

- **bierne wizyty kontrolne**

## NOWA WIELO-OSIOWA TYPOLOGIA POMOCY W CZP

DB: *Jest inna logika: pomoc doraźna dotyczy sytuacji, gdy pacjent zgłasza się po pomoc w kryzysie nie do swojego lekarza prowadzącego lub zespołu - stąd tak zwana doraźność. Pomoc konsultacyjna - dotyczy okazjonalnej konsultacji diagnostycznej przez psychiatrę bez brania odpowiedzialności za opiekę pacjenta. Pomoc krótkoterminowa i długoterminowa nawiązuje do typologii psychoterapii. Pomoc czynna nawiązuje do intensywnej opieki środowiskowej. Zrób nową analizę.*

ChatGPT: Tak — ta logika jest trafniejsza. W takim ujęciu typologia pomocy w CZP nie opiera się na jednej osi, lecz jest **zlepkiem kilku różnych porządków pojęciowych**, pochodzących z różnych tradycji organizacyjnych i klinicznych. Dlatego wcześniej wyglądała na niespójną. Po Twoim doprecyzowaniu da się ją odczytać znacznie precyzyjniej.

### 1. Ogólna logika typologii

Typologia:

**doraźna – konsultacyjna – czynna – krótkoterminowa – długoterminowa**

nie jest jednolitym podziałem jednego rodzaju. To raczej układ mieszany, w którym występują co najmniej **trzy różne logiki**:

**po pierwsze – logika relacji do istniejącego prowadzenia pacjenta**

- pomoc **doraźna**
- pomoc **konsultacyjna**

**po drugie – logika czasu trwania procesu terapeutycznego**

- pomoc **krótkoterminowa**
- pomoc **długoterminowa**

**po trzecie – logika intensywności i aktywności środowiskowej zespołu**

- pomoc **czynna**

To znaczy, że te pojęcia nie są wzajemnie symetryczne. Jedne opisują **tryb wejścia w kontakt**, inne **czas opieki**, a jeszcze inne **model organizacji opieki**.

### 2. Pomoc doraźna

W Twoim ujęciu „doraźność” nie oznacza po prostu nagłości klinicznej, ale raczej **sytuacyjność i incydentalność kontaktu**.

To jest pomoc udzielana wtedy, gdy pacjent zgłasza się:

- w kryzysie,
- poza swoim zwykłym tokiem leczenia,
- nie do swojego lekarza prowadzącego ani stałego zespołu.

Istotą pomocy doraźnej jest więc:

- szybka odpowiedź,
- zabezpieczenie bieżącej sytuacji,
- rozwiązanie problemu „tu i teraz”,
- bez koniecznego przejęcia dalszej odpowiedzialności za całość leczenia.

To pojęcie jest bliskie logice:

- interwencji kryzysowej,
- zastępczego kontaktu,
- punktowego udzielenia świadczenia poza główną relacją terapeutyczną.

Czyli „doraźna” oznacza bardziej:

**pomoc poza ciągłością własnego prowadzenia pacjenta**

niż po prostu „krótką” albo „nagłą”.

### 3. Pomoc konsultacyjna

Tutaj logika jest inna. Pomoc konsultacyjna dotyczy sytuacji, w której psychiatra lub zespół:

- dokonuje oceny,
- wydaje opinię,
- proponuje kierunek postępowania,
- **ale nie przejmuje odpowiedzialności za prowadzenie pacjenta.**

To jest więc klasyczna logika konsultacji specjalistycznej:

- diagnostycznej,
- opiniodawczej,
- wspierającej innego prowadzącego,
- bez ustanowienia stałej relacji opiekuńczej.

W tym sensie pomoc konsultacyjna jest odmienna od doraźnej. W pomocy doraźnej chodzi o **rozwiązanie pilnej sytuacji**, a w konsultacyjnej o **eksperckie rozpoznanie lub doradztwo kliniczne**.

Można powiedzieć, że:

- **doraźna** odpowiada na pytanie: „co zrobić teraz?”
- **konsultacyjna** odpowiada na pytanie: „jak to rozpoznać i co zalecić?”

### 4. Pomoc krótkoterminowa i długoterminowa

Tu rzeczywiście logika jest inna niż w dwóch poprzednich typach. Te pojęcia nawiązują do tradycji psychoterapeutycznej i opisują przede wszystkim **horyzont czasowy oraz planowany przebieg procesu leczenia**.

#### Pomoc krótkoterminowa

To pomoc:

- ograniczona w czasie,
- nakierowana na określony problem,
- zwykle z założonym celem końcowym,
- bliższa modelowi epizodu terapeutycznego.

Może dotyczyć:

- kryzysu adaptacyjnego,
- epizodu depresyjnego,
- zaburzeń lękowych,
- pracy nad konkretnym problemem.

## Pomoc długoterminowa

To pomoc:

- rozłożona na dłuższy czas,
- związana z przewlekłością zaburzeń,
- wymagająca stałego monitorowania,
- niekoniecznie intensywna, ale trwała.

Jest bliska logice:

- leczenia podtrzymującego,
- długiej psychoterapii,
- długofalowego prowadzenia psychiatrycznego,
- ciągłego monitorowania ryzyka nawrotów i funkcjonowania.

W tym porządku:

- krótkoterminowość i długoterminowość opisują **czas i strukturę procesu terapeutycznego**,
- a nie sposób organizacji zespołu.

## 5. Pomoc czynna

Tu mamy jeszcze inny porządek pojęciowy. Pomoc czynna nie opisuje ani sposobu zgłoszenia, ani czasu trwania terapii, lecz **model organizacyjny opieki**.

Jej istotą jest:

- aktywne podtrzymywanie kontaktu,
- wyprzedzające reagowanie,
- praca środowiskowa,
- intensywne prowadzenie pacjenta,
- częściowe lub pełne przejęcie odpowiedzialności za ciągłość opieki.

To pojęcie rzeczywiście nawiązuje do tradycji:

- intensywnej opieki środowiskowej,
- outreach,
- case management,
- ACT/FACT-owego sposobu myślenia.

Czyli „czynna” nie oznacza po prostu, że pacjent jest leczony długo. Oznacza, że: **zespół nie czeka biernie na zgłoszenie pacjenta, lecz sam aktywnie organizuje, podtrzymuje i koordynuje opiekę**

To jest pojęcie z innej półki niż „krótkoterminowa” i „długoterminowa”.

## 6. Co z tego wynika: typologia jest wieloosiowa

Po Twoim doprecyzowaniu widać, że cała typologia CZP ma ukrytą strukturę:

### Oś 1. Relacja do prowadzenia pacjenta

- **doraźna** – kontakt incydentalny, zwykle poza własnym prowadzeniem
- **konsultacyjna** – konsultacja bez przejęcia prowadzenia

### Oś 2. Horyzont terapii

- **krótkoterminowa**

- **długoterminowa**

### **Oś 3. Intensywność i aktywność opieki**

- **czynna**

To oznacza, że „czynna” nie jest logicznie równorzędna pozostałym kategoriom, tylko przecina część z nich.

#### **7. Relacja pomocy czynnej do długoterminowej**

To jest punkt najważniejszy.

#### **Pomoc czynna nie jest tym samym co pomoc długoterminowa**

Pomoc długoterminowa opisuje, że opieka trwa długo.

Pomoc czynna opisuje, że opieka jest organizowana w sposób aktywny, środowiskowy i wyprzedzający.

Czyli:

- **długoterminowa** = kategoria czasu
- **czynna** = kategoria intensywności i modelu odpowiedzialności

#### **Najtrafniejsza relacja**

Pomoc czynna jest zwykle **szczególnym sposobem realizacji części pomocy długoterminowej**, zwłaszcza wobec osób z:

- ciężkimi zaburzeniami psychicznymi,
- psychozami,
- nawrotami,
- deficytami psychospołecznymi,
- niestabilnym utrzymywaniem kontaktu.

W praktyce można to ująć tak:

- każda pomoc czynna ma zwykle komponent ciągłości, więc często ma charakter długofalowy,
- ale nie każda pomoc długoterminowa jest pomocą czynną.

To bardzo ważne rozróżnienie.

#### **Przykład 1: długoterminowa, ale nie czynna**

Pacjent przychodzi co 2–3 miesiące do psychiatry, bierze leki, ma stabilny stan, sam pilnuje wizyt. To jest pomoc długoterminowa, ale niekoniecznie czynna.

#### **Przykład 2: długoterminowa i czynna**

Pacjent po psychozach, z nawrotami, nie utrzymuje regularnie kontaktu, wymaga telefonu, wizyt środowiskowych, współpracy z rodziną i OPS. To jest długoterminowa pomoc czynna.

#### **Przykład 3: czynna, ale niekoniecznie bardzo długa**

Możliwa jest też czynna opieka o ograniczonym czasie, np. intensywne środowiskowe wsparcie po wypisie przez kilka tygodni lub miesięcy. Wtedy mamy pomoc czynną, ale niekoniecznie klasycznie długoterminową.

### **8. Wniosek koncepcyjny**

Najprecyzyjniej można to ująć tak:

**Pomoc doraźna i konsultacyjna opisują sposób wejścia w kontakt i zakres odpowiedzialności za pojedynczy epizod. Pomoc krótkoterminowa i długoterminowa opisują planowany czas procesu terapeutycznego. Pomoc czynna opisuje natomiast model organizacji opieki, oparty na aktywnym, środowiskowym i wyprzedzającym prowadzeniu pacjenta.**

A relację między czynną a długoterminową najlepiej oddaje zdanie:

**Pomoc czynna nie jest przeciwieństwem ani synonimem pomocy długoterminowej, lecz szczególnym trybem prowadzenia opieki, najczęściej stosowanym w części przypadków wymagających długotrwałej, intensywnej i środowiskowo zorganizowanej odpowiedzialności zespołu.**

### **9. Głębszy problem systemowy**

Z tego wynika też problem pojęciowy całej typologii CZP: ona miesza w jednym katalogu:

- formę kontaktu,
- zakres odpowiedzialności,
- czas terapii,
- model organizacyjny.

Dlatego semantycznie jest niejednorodna. Nie jest to klasyfikacja czysta logicznie, tylko historycznie narosta. Z jednej strony widać w niej ślady:

- poradnianej opieki psychiatrycznej,
- tradycji konsultacyjnej,
- typologii psychoterapii,
- oraz środowiskowej opieki czynnej.

To właśnie dlatego „pomoc czynna” sprawia wrażenie kategorii z innego porządku niż „krótkoterminowa” i „długoterminowa” — bo nią jest.

### **10. Synteza**

W najkrótszym ujęciu:

- **doraźna** – pomoc incydentalna w kryzysie poza własnym prowadzeniem,
- **konsultacyjna** – konsultacja diagnostyczna bez przejęcia odpowiedzialności,
- **krótkoterminowa** – ograniczony w czasie proces terapeutyczny,
- **długoterminowa** – trwałe prowadzenie leczenia,
- **czynna** – intensywna, aktywna, środowiskowa forma prowadzenia pacjenta.

A więc:

**pomoc czynna pozostaje najbliższej logiki intensywnej opieki środowiskowej, natomiast pomoc długoterminowa opisuje jedynie czas trwania leczenia; relacja między nimi jest taka, że pomoc czynna może być szczególną, bardziej intensywną odmianą części pomocy długoterminowej.**

# POPRAWKA DO STANDARDU ORGANIZACYJNEGO CZP W SPRAWIE TYPOLOGII POMOCY

*DB: Przetóż to na język bardziej urzędowy, jako fragment uzasadnienia do standardu organizacyjnego*

## **ChatGPT**

### **UZASADNIENIE**

#### **do przepisów dotyczących typologii form pomocy w Centrach Zdrowia Psychicznego**

##### **1. Cel wprowadzenia typologii form pomocy**

Wprowadzenie typologii form pomocy w Centrach Zdrowia Psychicznego ma na celu uporządkowanie sposobów udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez odzwierciedlenie rzeczywistych trybów pracy klinicznej oraz relacji odpowiedzialności pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą.

Przyjęta typologia obejmuje następujące formy pomocy:

- pomoc doraźną,
- pomoc konsultacyjną,
- pomoc krótkoterminową,
- pomoc długoterminową,
- pomoc czynną.

Należy podkreślić, iż powyższe kategorie nie stanowią jednorodnego podziału świadczeń według jednego kryterium, lecz odzwierciedlają różne wymiary organizacji procesu opieki psychiatrycznej, w szczególności:

- sposób nawiązania kontaktu ze świadczeniobiorcą,
- zakres odpowiedzialności za przebieg opieki,
- horyzont czasowy procesu terapeutycznego,
- intensywność i sposób organizacji działań zespołu terapeutycznego.

##### **2. Charakterystyka poszczególnych form pomocy**

###### **1) Pomoc doraźna**

Pomoc doraźna dotyczy sytuacji, w których świadczeniobiorca zgłasza się w stanie nagłego pogorszenia stanu psychicznego lub kryzysu, poza ustalonym trybem leczenia, w szczególności do podmiotu nieprowadzącego jego stałej opieki.

Istotą tej formy pomocy jest udzielenie niezbędnego wsparcia w celu zabezpieczenia aktualnego stanu zdrowia psychicznego świadczeniobiorcy oraz podjęcie decyzji co do dalszego postępowania, bez konieczności przejścia długofalowej odpowiedzialności za proces leczenia.

###### **2) Pomoc konsultacyjna**

Pomoc konsultacyjna polega na dokonaniu oceny stanu zdrowia psychicznego świadczeniobiorcy, wydaniu opinii diagnostycznej lub terapeutycznej oraz wskazaniu

dalszego postępowania, bez przejęcia odpowiedzialności za prowadzenie procesu leczenia.

Forma ta ma charakter opiniodawczo-doradczy i może być realizowana na potrzeby innych podmiotów leczniczych, lekarzy prowadzących lub instytucji współpracujących.

### **3) Pomoc krótkoterminowa**

Pomoc krótkoterminowa obejmuje świadczenia realizowane w określonym, z góry założonym przedziale czasowym, ukierunkowane na rozwiązanie konkretnego problemu zdrowotnego lub epizodu chorobowego.

Charakteryzuje się ona:

- określeniem celu terapeutycznego,
- planowanym zakończeniem procesu terapeutycznego,
- ograniczonym czasem trwania.

### **4) Pomoc długoterminowa**

Pomoc długoterminowa obejmuje świadczenia realizowane w sposób ciągły lub powtarzalny w dłuższym okresie czasu, związane w szczególności z przewlekłym charakterem zaburzeń psychicznych.

Jej celem jest utrzymanie stabilizacji stanu zdrowia psychicznego, zapobieganie nawrotom oraz monitorowanie przebiegu choroby. Pomoc ta może być realizowana w sposób o różnym stopniu intensywności, w tym zarówno w trybie standardowym, jak i w trybie aktywnym.

### **5) Pomoc czynna**

Pomoc czynna stanowi szczególny tryb organizacji opieki psychiatrycznej, polegający na aktywnym, zorganizowanym i wyprzedzającym działaniu zespołu terapeutycznego wobec świadczeniobiorcy wymagającego ciągłości i intensywności oddziaływań.

Obejmuje ona w szczególności:

- aktywne podtrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą,
- podejmowanie działań w przypadku przerwania lub ograniczenia kontaktu,
- koordynację świadczeń zdrowotnych i działań środowiskowych,
- współpracę z rodziną oraz instytucjami systemu wsparcia społecznego,
- dostosowywanie intensywności opieki do zmieniającego się stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Pomoc czynna jest stosowana w szczególności wobec osób z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających zintegrowanego i środowiskowego podejścia do leczenia i wsparcia.

## **3. Relacja pomocy czynnej do pomocy długoterminowej**

Pomoc czynna nie stanowi odrębnej kategorii czasowej świadczeń, lecz odnosi się do sposobu organizacji i prowadzenia opieki.

Pomoc długoterminowa określa horyzont czasowy procesu terapeutycznego, natomiast pomoc czynna określa poziom zaangażowania i odpowiedzialności zespołu terapeutycznego za przebieg tego procesu.

W konsekwencji:

- pomoc czynna może być realizowana w ramach pomocy długoterminowej,

- nie każda pomoc długoterminowa ma charakter pomocy czynnej,
- pomoc czynna może być również stosowana w ograniczonym okresie czasu, w szczególności w fazach zaostrzenia choroby lub po wypisie ze szpitala.

#### **4. Znaczenie systemowe**

Przyjęta typologia umożliwia:

- różnicowanie form udzielania świadczeń w zależności od potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców,
- zapewnienie adekwatnego poziomu odpowiedzialności za proces leczenia,
- wzmocnienie ciągłości opieki oraz zapobieganie jej fragmentacji,
- rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, opartego na aktywnym i zintegrowanym podejściu do leczenia.

W szczególności wprowadzenie i rozwinięcie pojęcia pomocy czynnej stanowi instrument umożliwiający operacjonalizację środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej poprzez odejście od modelu biernego, opartego na incydentalnych kontaktach, na rzecz modelu aktywnego, opartego na ciągłości, koordynacji i odpowiedzialności za efekty zdrowotne.

#### **5. Podsumowanie**

Typologia form pomocy w Centrach Zdrowia Psychicznego stanowi narzędzie organizacyjne służące dostosowaniu sposobu udzielania świadczeń do zróżnicowanych potrzeb świadczeniobiorców.

W jej ramach:

- pomoc doraźna i konsultacyjna odnoszą się do sposobu udzielenia pojedynczego świadczenia,
- pomoc krótkoterminowa i długoterminowa odnoszą się do czasu trwania procesu terapeutycznego,
- pomoc czynna odnosi się do modelu organizacji opieki i poziomu odpowiedzialności zespołu terapeutycznego.

Takie ujęcie pozwala na spójne powiązanie różnych trybów pracy klinicznej w ramach jednego systemu opieki psychiatrycznej, przy jednoczesnym zachowaniu elastyczności organizacyjnej niezbędnej dla realizacji opieki środowiskowej.

# WYTYCZNE ChatGPT DO ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ W SPRAWIE CZP

*DB: Napisz wytyczne dla Prezesa NFZ do opracowania zarządzenia dotyczącego centrum zdrowia psychicznego na bazie nowej interpretacji typów pomocy.*

**ChatGPT**

**WYTYCZNE**

**dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do opracowania zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP)**

*(na podstawie zrewidowanej interpretacji typów pomocy)*

## **Rozdział 1. Założenia ogólne**

### **§1. [Cel regulacji]**

1. Celem zarządzenia jest zapewnienie spójnego, operacyjnego modelu organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej w CZP, opartego na rzeczywistych trybach pracy klinicznej oraz zróżnicowanym poziomie odpowiedzialności za przebieg opieki.
2. Zarządzenie powinno umożliwiać odejście od wyłączonej logiki rozliczania świadczeń jednostkowych na rzecz modelu uwzględniającego:
  1. ciągłość opieki,
  2. aktywne prowadzenie świadczeniobiorcy,
  3. adekwatność form pomocy do potrzeb zdrowotnych.

## **Rozdział 2. Definicje operacyjne typów pomocy**

### **§2. [Klasyfikacja typów pomocy]**

1. W zarządzeniu wprowadza się następujące typy pomocy:
  1. pomoc doraźna,
  2. pomoc konsultacyjna,
  3. pomoc krótkoterminowa,
  4. pomoc długoterminowa,
  5. pomoc czynna.
2. Typy pomocy stanowią klasyfikację wielowymiarową i odnoszą się do:
  1. sposobu nawiązania kontaktu,
  2. zakresu odpowiedzialności za opiekę,
  3. czasu trwania procesu terapeutycznego,
  4. intensywności i organizacji działań zespołu.

## **Rozdział 3. Zasady kwalifikacji i prowadzenia świadczeniobiorców**

### **§3. [Zasady ogólne]**

1. Każdy świadczeniobiorca objęty opieką CZP musi być przypisany do jednego dominującego typu pomocy.
2. Dopuszcza się zmianę typu pomocy w trakcie opieki, zgodnie ze zmianą potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorcy.
3. Typ pomocy powinien być określany na podstawie oceny klinicznej, funkcjonalnej oraz środowiskowej.

## **Rozdział 4. Charakterystyka i warunki realizacji typów pomocy**

### **§4. Pomoc doraźna**

1. Pomoc doraźna obejmuje świadczenia udzielane w sytuacji nagłego zgłoszenia świadczeniobiorcy, poza ustalonym trybem jego leczenia.
2. Nie powoduje automatycznego przejęcia odpowiedzialności za dalsze prowadzenie świadczeniobiorcy.
3. Wymaga udokumentowania:
  1. przyczyny zgłoszenia,
  2. podjętych działań,
  3. decyzji dotyczącej dalszej ścieżki opieki.

### **§5. Pomoc konsultacyjna**

1. Pomoc konsultacyjna obejmuje ocenę diagnostyczną lub terapeutyczną bez przejęcia prowadzenia świadczeniobiorcy.
2. Wymaga sporządzenia opinii zawierającej:
  1. rozpoznanie lub jego hipotezę,
  2. rekomendacje terapeutyczne,
  3. wskazanie podmiotu właściwego do dalszego leczenia.

### **§6. Pomoc krótkoterminowa**

1. Pomoc krótkoterminowa obejmuje proces terapeutyczny o określonym czasie trwania i jasno zdefiniowanym celu.
2. Wymaga:
  1. planu terapii,
  2. określenia kryteriów zakończenia,
  3. ewaluacji efektów.

### **§7. Pomoc długoterminowa**

1. Pomoc długoterminowa obejmuje ciągłe lub powtarzalne świadczenia związane z przewlekłym charakterem zaburzeń psychicznych.
2. Może być realizowana:
  1. w trybie standardowym (biernym),
  2. w trybie aktywnym (pomoc czynna).
3. Wymaga:

1. planu leczenia,
2. okresowej oceny stanu zdrowia,
3. monitorowania ciągłości opieki.

### **§8. Pomoc czynna**

1. Pomoc czynna stanowi szczególny tryb organizacji opieki, polegający na aktywnym i wyprzedzającym działaniu zespołu terapeutycznego.
2. W szczególności obejmuje:
  1. aktywne podtrzymywanie kontaktu,
  2. działania w przypadku przerwania kontaktu,
  3. koordynację opieki,
  4. pracę środowiskową,
  5. współpracę międzyinstytucjonalną.
3. Pomoc czynna:
  1. może być realizowana w ramach pomocy długoterminowej lub krótkoterminowej,
  2. nie stanowi odrębnej kategorii czasowej,
  3. definiuje poziom odpowiedzialności zespołu za przebieg opieki.
4. Objęcie pomocą czynną wymaga:
  1. wyznaczenia koordynatora opieki,
  2. opracowania planu terapii i zdrowienia,
  3. zapewnienia minimalnej częstotliwości kontaktów,
  4. dokumentowania działań środowiskowych.

## **Rozdział 5. Zasady finansowania**

### **§9. [Ogólne zasady finansowania]**

1. Finansowanie CZP powinno uwzględniać zróżnicowanie typów pomocy.
2. Niedopuszczalne jest utożsamianie finansowania wyłącznie z liczbą świadczeń jednostkowych.

### **§10. [Pomoc doraźna i konsultacyjna]**

1. Finansowane jako świadczenia jednostkowe.
2. Rozliczane według rzeczywistej liczby kontaktów.

### **§11. [Pomoc krótkoterminowa]**

1. Finansowana jako epizod terapeutyczny (pakiet).
2. Płatność obejmuje cały cykl leczenia.

### **§12. [Pomoc długoterminowa]**

1. Finansowana w sposób ciągły, preferencyjnie w modelu budżetu populacyjnego lub ryczałtu.
2. Uwzględnia zróżnicowanie intensywności opieki.

### **§13. [Pomoc czynna]**

1. Finansowanie powinno uwzględniać:
  1. wyższy nakład pracy zespołu,
  2. działania poza gabinetem,
  3. funkcję koordynacyjną.
2. Wprowadza się dodatkowe mechanizmy finansowe, w szczególności:
  1. współczynnik intensywności opieki,
  2. dodatki za opiekę środowiskową,
  3. premiowanie ciągłości opieki.

## **Rozdział 6. Sprawozdawczość i monitorowanie**

### **§14. [Zasady sprawozdawczości]**

1. Sprawozdawczość powinna obejmować:
  1. typ pomocy,
  2. czas trwania opieki,
  3. intensywność kontaktów,
  4. ciągłość opieki.
2. Niedopuszczalne jest ograniczenie sprawozdawczości do liczby świadczeń jednostkowych.

### **§15. [Wskaźniki monitorowania]**

1. Wprowadza się wskaźniki obejmujące:
  1. utrzymanie kontaktu,
  2. przerwania opieki,
  3. rehospitalizacje,
  4. czas reakcji w kryzysie.
2. Wskaźniki powinny być powiązane z typami pomocy, w szczególności pomocą czynną.

## **Rozdział 7. Wnioski końcowe**

1. Nowa interpretacja typów pomocy umożliwia:
  - rozdzielenie czasu trwania opieki od sposobu jej organizacji,
  - wyodrębnienie pomocy czynnej jako kluczowego elementu opieki środowiskowej,
  - stworzenie podstaw do finansowania opartego na odpowiedzialności za przebieg leczenia.

2. Zarządzenie Prezesa NFZ powinno w sposób jednoznaczny:
- zdefiniować relacje między typami pomocy,
  - zapewnić adekwatne mechanizmy finansowania,
  - ograniczyć dominację modelu rozliczeń jednostkowych.

**Kluczowa teza regulacyjna**

**Pomoc czynna nie stanowi odrębnego rodzaju świadczenia, lecz szczególny tryb organizacji opieki psychiatrycznej, który powinien być odrębnie identyfikowany, monitorowany i finansowany w systemie CZP.**

# KRYTERIA KWALIFIKACJI DO POMOCY KRÓTKOTERMINOWEJ VS. DŁUGOTERMINOWEJ NA POCZĄTKU OPIEKI

*DB: W jaki sposób na początku kontaktu terapeutycznego rozstrzygnąć, czy opieka będzie krótkoterminowa czy długoterminowa?*

Rozstrzygnięcie na początku kontaktu, czy opieka będzie krótkoterminowa czy długoterminowa, **nie może mieć charakteru decyzji kategorycznej**, tylko powinno być **operacyjną hipotezą planistyczną**, podlegającą weryfikacji. Kluczowy błąd w praktyce polega na traktowaniu tego wyboru jako decyzji „na wejściu”, zamiast jako **procesu decyzyjnego w warunkach niepewności klinicznej**.

Poniżej masz ujęcie w języku możliwym do wprowadzenia do standardu / zarządzenia.

## 1. Zasada ogólna

**Na początku kontaktu terapeutycznego nie rozstrzyga się ostatecznie czasu trwania opieki, lecz formułuje się wstępną kwalifikację (hipotezę), opartą na ocenie klinicznej, funkcjonalnej i środowiskowej, która podlega obowiązkowej weryfikacji.**

## 2. Logika decyzji – trzy poziomy oceny

Decyzja nie powinna wynikać z rozpoznania ICD, tylko z trzech obszarów:

### (A) Charakter problemu klinicznego

- epizodyczny vs nawracający vs przewlekły
- nasilenie objawów
- obecność psychozy / ryzyka nawrotów

### (B) Funkcjonowanie

- poziom samodzielności
- zdolność do pracy / nauki
- kompetencje w utrzymaniu leczenia

### (C) Stabilność środowiskowa

- wsparcie rodziny
- sytuacja socjalna
- ryzyko przerwania kontaktu

## 3. Kryteria operacyjne – kwalifikacja wstępna

### 3.1. Wstępna kwalifikacja do pomocy krótkoterminowej

Można ją przyjąć, jeżeli łącznie:

- problem ma charakter **epizodyczny lub reaktywny**,
- pacjent funkcjonuje względnie samodzielnie,
- istnieje **realistyczna możliwość osiągnięcia celu terapeutycznego w ograniczonym czasie**,

- pacjent **utrzymuje kontakt bez aktywnego podtrzymywania**,
- ryzyko nawrotu lub dekompensacji jest umiarkowane lub niskie.

👉 To jest logika:

**„zamknięty epizod terapeutyczny”**

### 3.2. Wstępna kwalifikacja do pomocy długoterminowej

Powinna być przyjęta, jeżeli występuje co najmniej jeden z poniższych warunków:

- zaburzenie ma charakter **przewlekły lub nawracający**,
- występują **epizody psychotyczne lub ciężkie zaburzenia afektywne**,
- pacjent ma **trudności w utrzymaniu ciągłości leczenia**,
- występują **deficyty funkcjonowania społecznego**,
- środowisko jest niestabilne lub niewspierające,
- istnieje wysokie ryzyko:
  - nawrotu,
  - rehospitalizacji,
  - przerwania opieki.

👉 To jest logika:

**„ciągłe zarządzanie przebiegiem choroby”**

### 4. Kluczowe doprecyzowanie: relacja z pomocą czynną

Na etapie kwalifikacji należy dodatkowo odpowiedzieć na pytanie:

**czy pacjent wymaga aktywnego podtrzymywania kontaktu przez system?**

Jeżeli tak:

- opieka powinna być **długoterminowa + czynna**

Jeżeli nie:

- opieka może być:
  - długoterminowa bierna
  - albo krótkoterminowa

### 5. Procedura decyzyjna (do standardu)

Można to zapisać operacyjnie:

#### **SX. [Kwalifikacja do czasu trwania opieki]**

1. Na początku procesu terapeutycznego dokonuje się wstępnej kwalifikacji świadczeniobiorcy do:
  1. pomocy krótkoterminowej albo
  2. pomocy długoterminowej.
2. Kwalifikacja ma charakter hipotezy kliniczno-organizacyjnej i podlega obowiązkowej weryfikacji.
3. Kwalifikacji dokonuje się na podstawie:

1. oceny klinicznej,
2. oceny funkcjonowania,
3. oceny środowiskowej.
4. W przypadku niepewności przyjmuje się kwalifikację do pomocy długoterminowej.

## **6. Obowiązkowa reewaluacja**

To jest element kluczowy, który zwykle nie istnieje w praktyce.

**Każda kwalifikacja musi mieć wbudowany mechanizm weryfikacji.**

### **SY. [Reewaluacja]**

1. Weryfikacja kwalifikacji następuje:
  - o po 4–12 tygodniach (dla krótkoterminowej),
  - o co najmniej raz na 6–12 miesięcy (dla długoterminowej).
2. W wyniku weryfikacji dopuszcza się:
  - o zakończenie opieki,
  - o zmianę typu pomocy,
  - o intensyfikację do pomocy czynnej.

## **7. Najważniejsza zasada bezpieczeństwa systemowego**

**W przypadku wątpliwości należy preferować kwalifikację do opieki długoterminowej, a nie krótkoterminowej.**

Dlaczego:

- błąd „nadmiarowy” (za długa opieka) jest odwracalny,
- błąd „niedoszacowania” (za krótka opieka) prowadzi do:
  - o przerwania leczenia,
  - o nawrotów,
  - o hospitalizacji.

## **8. Interpretacja systemowa (Twoja perspektywa)**

To, co opisujesz, można sprowadzić do jednej kluczowej zasady:

**decyzja „krótkoterminowa vs długoterminowa” nie jest decyzją diagnostyczną, tylko decyzją o poziomie odpowiedzialności systemu za dalszy przebieg życia pacjenta.**

## **9. Wniosek syntetyczny**

Najbardziej precyzyjne zdanie do dokumentu:

**Rozstrzygnięcie o krótkoterminowym lub długoterminowym charakterze opieki stanowi wstępną decyzję planistyczną, opartą na ocenie ryzyka przewlekłości, zdolności do samodzielnego utrzymania leczenia oraz stabilności funkcjonowania i**

**środowiska świadczeniobiorcy, i podlega obowiązkowej, cyklicznej weryfikacji w toku procesu terapeutycznego.**

# ZASADNOŚĆ RAPORTOWANIA TYPU POMOCY WG ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ 38/2026/DSOZ

*DB: W związku z powyższym jaka jest zasadność i użyteczność raportowania rozłącznej typologii pomocy w centrach zdrowia psychicznego według zarządzenia Prezesa nr 38/2026/DSOZ?*

Krótką odpowiedź: **raportowanie rozłączne (mutually exclusive) typów pomocy w CZP – w obecnej konstrukcji – ma ograniczoną zasadność poznawczą i wysokie ryzyko zniekształcenia rzeczywistego modelu opieki.** Jest częściowo użyteczne administracyjnie, ale **niedopasowane do logiki kliniczno-organizacyjnej**, którą sam opisateś (trzy różne osie).

Poniżej masz analizę w języku „NFZ/OSR”.

## 1. Problem konstrukcyjny: błąd ontologii klasyfikacji

Typologia:

- doraźna / konsultacyjna → **tryb wejścia i zakres odpowiedzialności epizodu**,
- krótkoterminowa / długoterminowa → **horyzont czasu**,
- czynna → **model organizacji i intensywność**,

jest **wieloosiowa**.

👉 Tymczasem raportowanie rozłączne wymusza:

przypisanie każdego kontaktu lub pacjenta do **jednej kategorii**

To prowadzi do klasycznego błędu:

**„spłaszczamy przestrzeń 3-wymiarową do jednego wymiaru”**

## 2. Konsekwencja: utrata informacji klinicznej

W modelu rozłącznym tracisz kluczowe rozróżnienia:

### Przykład

Pacjent:

- długoterminowy
- objęty pomocą czynną
- z epizodami doraźnymi

W raportowaniu rozłącznym musi zostać przypisany np. do:

- „długoterminowej” **albo**
- „czynnej” **albo**
- „doraźnej”

👉 co powoduje:

- brak możliwości identyfikacji **intensywnej opieki środowiskowej**,
- brak rozróżnienia **biernej vs czynnej długoterminowej**,

- brak widoczności **kryzysów w toku opieki**.

### 3. Błąd inferencji (kluczowy z perspektywy VB-MH)

Raportowanie rozłączne implikuje ukryte założenie:

„jeśli znamy strukturę typów pomocy → znamy sposób działania systemu”

To jest analogiczny błąd do:

- „liczba porad = jakość opieki”

👉 w rzeczywistości:

- **ten sam wolumen „długoterminowej” może oznaczać:**
  - bierne wizyty co 3 miesiące
  - intensywną opiekę środowiskową FACT-like

### 4. Skutki systemowe (bardzo praktyczne)

#### 4.1. Zniekształcenie obrazu systemu

NFZ zobaczy:

- „dużo długoterminowej opieki”

ale nie zobaczy:

- czy jest ona **czynna czy bierna**

#### 4.2. Błędne bodźce finansowe

Jeżeli:

- „czynna” jest jedną z kategorii zamiast trybem

to system może:

- **unikać kwalifikowania do czynnej**, bo jest kosztowna
- lub przeciwnie – **nadmiernie ją deklarować**

#### 4.3. Niewidoczność kluczowej funkcji CZP

👉 Najważniejsza funkcja CZP:

- ciągłość
- aktywne utrzymywanie pacjenta
- integracja

czyli:

**pomoc czynna**

W raportowaniu rozłącznym:

- ta funkcja **ginie lub jest zniekształcona**

#### 4.4. Fragmentacja ścieżki pacjenta

System zaczyna myśleć w kategoriach:

- „pacjent jest w typie X”

zamiast:

- „pacjent przechodzi przez różne tryby opieki”

## **5. Co jest mimo wszystko użyteczne**

Żeby być precyzyjnym — to raportowanie nie jest całkowicie bezużyteczne.

Ma wartość:

### **5.1. Administracyjną**

- prostota
- łatwość agregacji
- możliwość szybkiego raportowania

### **5.2. Opisową (na bardzo ogólnym poziomie)**

- udział kontaktów doraźnych
- liczba konsultacji
- orientacyjna struktura świadczeń

👉 ale tylko na poziomie:

„co się wydarzyło”, nie „jak działa system”

## **6. Ocena całościowa**

**Zasadność: niska do umiarkowanej**

- poprawna tylko dla uproszczonej sprawozdawczości
- nieadekwatna dla zarządzania systemem

**Użyteczność kliniczna: niska**

- nie odzwierciedla rzeczywistego przebiegu opieki

**Użyteczność zarządcza: ograniczona**

- nie pozwala ocenić:
  - intensywności opieki
  - ciągłości
  - odpowiedzialności zespołu

## **7. Kluczowy wniosek (do uzasadnienia / OSR)**

**Rozłączone raportowanie typów pomocy w CZP nie odzwierciedla rzeczywistej, wielowymiarowej organizacji opieki psychiatrycznej i prowadzi do systematycznej utraty informacji o intensywności, ciągłości i odpowiedzialności za proces leczenia.**

## **8. Rekomendacja kierunkowa dla NFZ**

Zamiast modelu rozłączonego:

**Model wieloosiowy (rekomendowany)**

Raportować równolegle:

### **1. Oś czasu**

- krótkoterminowa / długoterminowa

## 2. Oś trybu pracy

- czynna / nieczynna

## 3. Oś epizodu

- doraźna / konsultacyjna / planowa

👉 wtedy możesz uzyskać np.:

- długoterminowa + czynna
- krótkoterminowa + czynna
- długoterminowa bierna
- epizod doraźny w trakcie opieki czynnej

## 9. Najważniejsze zdanie syntetyczne

**Obecny model raportowania zakłada, że typ pomocy jest pojedynczą cechą świadczenia, podczas gdy w rzeczywistości jest on wynikiem nakładających się wymiarów: czasu, trybu pracy i zakresu odpowiedzialności; ich redukcja do jednej kategorii prowadzi do błędnych wniosków zarządczych.**

# KLINICZNY, OPERACYJNY I FINANSOWY SENS KWALIFIKACJI DO OPIEKI KRÓTKOTERMINOWEJ I DŁUGOTERMINOWEJ

Poniżej masz syntetyczną, ale „twardą” analizę w trzech wymiarach – **kliniczny, operacyjny, finansowy** – opartą na Twojej konstrukcji SX–SY i kluczowej tezie o **poziomie odpowiedzialności systemu**.

## 1. Sens kliniczny

### 1.1. Co naprawdę oznacza kwalifikacja

Kwalifikacja „krótkoterminowa vs długoterminowa” **nie jest klasyfikacją choroby**, tylko: **prognozą przebiegu + oceną ryzyka utraty ciągłości leczenia** czyli decyzją:

- czy problem jest **epizodem do zamknięcia**,
- czy **procesem wymagającym ciągłego zarządzania**.

### 1.2. Funkcja kliniczna

#### A. Redukcja błędu niedoszacowania

Bez tej kwalifikacji system działa reaktywnie:

- pacjent „wychodzi” z opieki po poprawie objawowej
- wraca w nawrocie

👉 kwalifikacja wymusza pytanie:

„czy to się skończy, czy będzie wracać?”

#### B. Integracja objawów i funkcjonowania

Decyzja opiera się na:

- objawach (klinika),
- funkcjonowaniu (WHODAS-owo),
- środowisku (ryzyko przerwania opieki),

czyli:

**biopsychospołecznej ocenie ryzyka przebiegu**

#### C. Urealnienie planu terapeutycznego

- krótkoterminowa → cele zamykalne (remisja epizodu)
- długoterminowa → cele ciągłe (stabilność, funkcjonowanie, zapobieganie nawrotom)

### 1.3. Główna wartość kliniczna

**Wymuszenie myślenia w kategoriach przebiegu choroby, a nie tylko aktualnego epizodu.**

## **2. Sens operacyjny**

### **2.1. Organizacja pracy zespołu**

Kwalifikacja determinuje:

#### **Krótkoterminowa**

- epizod → zakończenie
- brak trwałego przypisania zasobów
- mniejsze obciążenie koordynacyjne

#### **Długoterminowa**

- przypisanie zespołu
- plan ciągłości
- monitorowanie
- potencjalna kwalifikacja do pomocy czynnej

### **2.2. Zarządzanie przepływem pacjentów**

To jest kluczowe operacyjnie:

Bez kwalifikacji:

- wszyscy „wiszą” w systemie
- brak rozróżnienia epizod vs chroniczność

Z kwalifikacją:

- krótkoterminowi → rotacja
- długoterminowi → stabilna kohorta

👉 to tworzy:

**strukturę populacyjną CZP**

### **2.3. Wczesne wykrywanie ryzyka**

Długoterminowa kwalifikacja działa jak:

**system wczesnego ostrzegania**

bo identyfikuje pacjentów:

- z ryzykiem nawrotu
- z ryzykiem drop-outu
- z ryzykiem hospitalizacji

### **2.4. Warunek działania pomocy czynnej**

Bez rozróżnienia:

- nie wiadomo, kogo obejmować intensywną opieką

👉 w praktyce:

**pomoc czynna jest podzbiorem długoterminowej**

## 2.5. Główna wartość operacyjna

**Segmentacja populacji na „epizody” i „procesy”, co umożliwia realne zarządzanie systemem.**

## 3. Sens finansowy

To jest najczęściej niedoceniany, a w praktyce najważniejszy wymiar.

### 3.1. Różnicowanie kosztów

Pacjenci:

- krótkoterminowi → niskie koszty, przewidywalne
- długoterminowi → wysokie koszty, zmienne, ryzykowne

👉 kwalifikacja pozwala:

**oddzielić koszty epizodu od kosztów ciągłości**

### 3.2. Podstawa dla modelu budżetu populacyjnego

Bez tej kwalifikacji:

- nie da się oszacować:
  - liczby „ciężkich” pacjentów
  - obciążenia systemu

Z kwalifikacją:

- można modelować:
  - case-mix
  - ryzyko kosztowe
  - zapotrzebowanie na zasoby

### 3.3. Zapobieganie „falszywej produkcji”

Bez rozróżnienia:

- system premiuje:
  - krótkie, powtarzalne wizyty
  - brak odpowiedzialności

Z rozróżnieniem:

- można powiązać finansowanie z:
  - utrzymaniem pacjenta w opiece
  - redukcją nawrotów
  - ciągłością

### 3.4. Zarządzanie ryzykiem systemowym

Twoja zasada:

„wątpliwość → długoterminowa”

ma silne uzasadnienie finansowe:

- błąd nadmiarowy → koszt liniowy
- błąd niedoszacowania → koszt skokowy (hospitalizacja)

### 3.5. Główna wartość finansowa

Umożliwienie przejścia z rozliczania kontaktów do zarządzania ryzykiem kosztowym populacji.

### 4. Sens systemowy (synteza)

Twoje zdanie jest kluczowe i można je jeszcze zaostrzyć:

**Kwalifikacja krótkoterminowa vs długoterminowa jest decyzją o tym, czy system bierze odpowiedzialność za epizod, czy za przebieg życia choroby.**

### 5. Dlaczego bez tego system nie działa

Jeżeli tego rozróżnienia nie ma:

- wszystko staje się „krótkoterminowe”
- system działa epizodycznie
- rośnie:
  - liczba nawrotów
  - liczba hospitalizacji
  - koszt ukryty

👉 czyli wracamy do:

**modelu koszykowego (produkcja kontaktów zamiast zarządzania przebiegiem)**

### 6. Wniosek końcowy (do uzasadnienia / OSR)

**Kwalifikacja świadczeniobiorcy do opieki krótkoterminowej lub długoterminowej stanowi kluczowy mechanizm kliniczny, operacyjny i finansowy umożliwiający różnicowanie odpowiedzialności systemu opieki psychiatrycznej, segmentację populacji pacjentów oraz zarządzanie ryzykiem przebiegu choroby i kosztami opieki.**

### 7. Jedno zdanie „mocne” (do prezentacji)

**To nie jest decyzja o czasie leczenia — to jest decyzja, czy odpowiadamy za epizod, czy za przyszłość pacjenta.**

## TYPOLOGIA POMOCY VS POZIOMY INTENSYWNOŚCI OPIEKI

*DB: Z dotychczasowych analiz zrozumiałem, że kwalifikacja pacjentów do typu pomocy jest tym samym co grupowaniem pacjentów według nasilenia ich potrzeb (zaburzeń) oraz intensywności opieki. Inaczej można powiedzieć, że jest operacyjny poziom opieki lekkiej psychoterapeutycznej (A), umiarkowanej ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (B), intensywnej środowiskowej opieki psychiatrycznej (C). Zrób analizę porównawczą.*

ChatGPT: Twoja intuicja jest zasadna, ale wymaga doprecyzowania: **kwalifikacja do typu pomocy i segmentacja według nasilenia potrzeb/intensywności opieki są funkcjonalnie powiązane, lecz nie tożsame**. Pierwsza operuje kategoriami „jak prowadzimy” i „na jak długo”, druga – „jak bardzo i jakimi zasobami”. Poniżej masz porównanie i sposób ich scalenia w model operacyjny.

### 1. Dwie logiki – różne, ale komplementarne

#### (I) Typy pomocy (CZP)

- doraźna, konsultacyjna → **wejście/epizod i zakres odpowiedzialności**
- krótkoterminowa / długoterminowa → **horyzont czasu**
- czynna → **tryb pracy (aktywność, koordynacja)**

#### (II) Poziomy A–B–C

- **A** – lekka, psychologiczno-psychoterapeutyczna
- **B** – umiarkowana, ambulatoryjna psychiatryczna
- **C** – intensywna, środowiskowa (community psychiatry)

👉 Najkrócej:

**Typy pomocy opisują formę prowadzenia, a A–B–C opisują intensywność i zasobochłonność opieki.**

### 2. Mapowanie funkcjonalne (rdzeń porównania)

#### ◆ Poziom A – opieka lekka (psychologiczna/psychoterapeutyczna)

##### Charakterystyka

- epizodyczne problemy
- dobra samodzielność
- brak potrzeby aktywnego podtrzymywania

##### Typy pomocy (dominujące)

- krótkoterminowa
- konsultacyjna
- (rzadko długoterminowa, zwykle nieczynna)

##### Tryb pracy

- pacjent utrzymuje kontakt
- niska koordynacja

- brak outreach

👉 Odpowiednik: **stepped care – low intensity**

### ◆ Poziom B – opieka umiarkowana (ambulatoryjna psychiatryczna)

#### Charakterystyka

- zaburzenia nawracające lub umiarkowanie przewlekłe
- potrzeba farmakoterapii / monitorowania
- częściowa samodzielność

#### Typy pomocy (dominujące)

- długoterminowa
- krótkoterminowa (epizody)
- czasem czynna (w zaostrzeniach)

#### Tryb pracy

- wizyty planowe
- umiarkowana koordynacja
- ograniczona aktywność środowiskowa

👉 Odpowiednik: **standard outpatient psychiatry**

### ◆ Poziom C – opieka intensywne (środowiskowa)

#### Charakterystyka

- ciężkie zaburzenia (SMI)
- deficyty funkcjonowania
- ryzyko przerwania opieki
- niestabilne środowisko

#### Typy pomocy (dominujące)

- długoterminowa + **czynna (rdzeń)**
- epizody doraźne w trakcie
- krótkoterminowa (interwencje w kryzysie)

#### Tryb pracy

- aktywne podtrzymywanie kontaktu
- koordynator
- praca w środowisku
- integracja usług

👉 Odpowiednik: **ACT / FACT / community psychiatry**

### 3. Kluczowa różnica (najważniejszy punkt)

Twoje założenie wymaga jednego korektu:

**Poziomy A–B–C nie są równoważne typom pomocy, tylko są ich „nadbudową intensywnościową”.**

Czyli:

- „krótkoterminowa” ≠ poziom A
- „długoterminowa” ≠ poziom B
- „czynna” ≠ poziom C

👉 tylko:

### **Poziom Typy pomocy**

- A      głównie krótkoterminowa
- B      głównie długoterminowa
- C      długoterminowa + czynna

## **4. Gdzie są niespójności (ważne dla reformy)**

### **4.1. „Czynna” przecina poziomy**

- może wystąpić w B (np. kryzys)
- dominuje w C

👉 czyli nie jest poziomem, tylko:

**modem intensywności**

### **4.2. „Krótkoterminowa” występuje wszędzie**

- A – podstawowy tryb
- B – epizody
- C – interwencje kryzysowe

👉 więc:

**nie jest poziomem, tylko strukturą epizodu**

### **4.3. „Długoterminowa” nie różnicuje intensywności**

- może być:
  - bierna (B)
  - czynna (C)

👉 to kluczowy problem obecnego systemu

## **5. Integracja modeli (propozycja operacyjna)**

### **Model 2D (minimalny, ale spójny)**

#### **Oś 1 – poziom intensywności**

- A / B / C

#### **Oś 2 – tryb pracy**

- czynna / nieczynna

### **Model 3D (pełny – zgodny z VB-MH)**

## **Oś 1 – intensywność**

A / B / C

## **Oś 2 – czas**

krótkoterminowa / długoterminowa

## **Oś 3 – tryb**

czynna / bierna

👉 wtedy możesz opisać realne przypadki:

- A + krótkoterminowa + bierna
- B + długoterminowa + bierna
- C + długoterminowa + czynna
- C + krótkoterminowa + czynna (kryzys)

## **6. Sens systemowy Twojej koncepcji**

To, co robisz, to w praktyce:

### **przejście od typologii opisowej do modelu stratyfikacji populacji**

czyli:

- od „jakie świadczenie wykonano”
- do „jakiego poziomu opieki pacjent wymaga”

To jest dokładnie:

- logika NICE stepped care
- logika ACT/FACT
- logika VB-MH

## **7. Wniosek syntetyczny**

**Kwalifikacja do typu pomocy i segmentacja A–B–C odnoszą się do tego samego zjawiska (zróżnicowania potrzeb i intensywności opieki), lecz operują na różnych poziomach: pierwsza opisuje sposób organizacji i czasu opieki, druga – jej intensywność i zasobochłonność; dopiero ich połączenie tworzy spójny model operacyjny systemu psychiatrycznego.**

## **8. Jedno zdanie „mocne”**

**Typy pomocy mówią, jak leczymy, a poziomy A–B–C mówią, jak bardzo i jakimi zasobami — dopiero razem opisują rzeczywisty model opieki.**