



**Rekomendacja nr 68/2026
z dnia 22 maja 2026 r.**

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania modelu organizacyjnego
udzielania świadczeń w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń
gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień**

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie modelu organizacyjnego świadczeń realizowanych w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W podejmowaniu rozstrzygnięcia kierowano się przede wszystkim potrzebą zapewnienia ciągłości funkcjonowania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, ujednoczenia zasad organizacji i finansowania świadczeń, a także zagwarantowania powszechnego dostępu do kompleksowej opieki dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi.

Jednocześnie Prezes Agencji zaznacza, że implementacja ocenianego rozwiązania organizacyjnego powinna zostać poprzedzona doprecyzowaniem docelowego modelu organizacyjno-finansowego. Jest to uzasadnione ogólnokrajowym zasięgiem oddziaływania oraz istotnym, długoterminowym wpływem tej decyzji na funkcjonowanie systemu opieki psychiatrycznej i budżet płatnika publicznego. Docelowy model finansowania powinien uwzględniać strukturę kosztów świadczenia, zróżnicowanie wynikające z charakterystyki populacji objętej świadczeniami, a także mechanizmy jednoznacznego powiązania finansowania z jakością i dostępnością udzielanych świadczeń oraz osiąganymi efektami terapeutycznymi, przy zastosowaniu zasady warunkowości a nie premiowania.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych modelu organizacyjnego realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w centrum zdrowia psychicznego [CZP]. Centra stanowią formę organizacyjną udzielania świadczeń zdrowotnych, testowaną w ramach programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Podmioty tego rodzaju zapewniają kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej. Oceniany model CZP obejmuje zarówno świadczenia, które są już gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jak i nowe świadczenia, których funkcjonowanie zostało sprawdzone w programie pilotażowym.

W toku realizacji programu pilotażowego stopniowo kształtowano docelowy model organizacji opieki psychiatrycznej, któremu towarzyszyło doprecyzowanie ram prawnych i operacyjnych. W kolejnych nowelizacjach wprowadzono definicje kluczowych pojęć oraz formalnie wyodrębniono CZP jako części organizacyjną podmiotów leczniczych, przy jednoczesnym wprowadzeniu zasady warunkowości ograniczającej możliwość równoległej realizacji innych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia [NFZ]. Równolegle rozszerzano zakres udzielanych świadczeń oraz stopniowo odchodzono od obligatoryjnego

udzielania świadczeń w trybie stacjonarnym na rzecz modelu ambulatoryjno-środowiskowego. Uregulowano zasady i możliwość udziału podwykonawców, a także wzmocniono kluczowe funkcje systemowe poprzez nadanie asystentom zdrowienia, czyli osobom udzielającym dodatkowego wsparcia psychicznego, roli obligatoryjnej w procesie terapeutycznym. Rozszerzano również kompetencje koordynatora opieki o udział we właściwym postępowaniu klinicznym. W programie określono wymóg całodobowej dostępności świadczeń, zwiększono szczegółowość i kompleksowość indywidualnych planów leczenia. Model finansowania ewoluował od prostego ryczałtu do systemu z mechanizmami korekcyjnymi, przy jednoczesnym rozwoju systemu monitorowania w kierunku większej szczegółowości, choć nadal opartego głównie na wskaźnikach ilościowych.

Populację docelową ocenianego zakresu świadczeń stanowią dorośli mieszkańcy obszaru działalności CZP, doświadczający zaburzeń psychicznych i zachowania, klasyfikowanych zgodnie z ICD-10: jako F00-F99. Względem funkcjonujących świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, oceniany model CZP wprowadza do systemu nowe świadczenia. Jednym z nich jest wizyta w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym [PZK], obejmująca zebranie wywiadu, ocenę stanu psychicznego (o ile dotyczy) oraz ustalenie dalszego postępowania. Drugim z nich jest wizyta asystenta zdrowienia, obejmująca przekazywanie informacji o dostępnych formach wsparcia w kryzysie psychicznym, dzielenie się wiedzą, doświadczeniami związanymi z procesem zdrowienia oraz realizację działań wspierających i motywacyjnych wobec świadczeniobiorcy i jego bliskich.

Ze względu na organizacyjny charakter przedmiotowej kwalifikacji, polegający na usankcjonowaniu pilotażowej formy organizacyjnej udzielania świadczeń jako świadczeń gwarantowanych o charakterze powszechnym, nie przeprowadzono analizy ukierunkowanej na ocenę wartości klinicznej ani efektywności kosztowej.

Oszacowanie skutków finansowych dla płatnika, przedstawione przez Agencję wskazuje, że zakwalifikowanie ocenianego modelu udzielania świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych wiązałoby się ze wzrostem wydatków o ok. 3 mld zł w ciągu pierwszych 3 lat funkcjonowania. Należy jednak podkreślić, że analiza ta obarczona jest istotnymi ograniczeniami wynikającymi w szczególności z niedoskonałości danych wejściowych, zastosowanych uproszczeń oraz wykorzystania modelowania symulacyjnego. W rezultacie uzyskane wyniki mają charakter przybliżony i orientacyjny. Dodatkowo wpływ na ich wiarygodność mają rozbieżności w danych demograficznych, brak możliwości uwzględnienia rzeczywistej gotowości świadczeniodawców do wdrażania CZP, a także przybliżony sposób alokacji kosztów oparty na obecnym, a nie docelowym modelu organizacyjnym.

Analiza rozwiązań organizacyjnych w wybranych państwach wskazuje, że podobne rozwiązania systemowe mają zastosowanie w 9 z 19 analizowanych krajów. Niemniej, proponowane rozwiązanie nie akcentuje integracji działań z obszaru odpowiedzialności międzyresortowej, tak jak ma to miejsce w innych krajach.

Prezes Agencji, uwzględniając całokształt przedstawionych powyżej przesłanek oraz Stanowisko Rady Przejrzystości, uznaje za zasadne zakwalifikowanie przedmiotowego modelu organizacyjnego realizacji świadczeń w centrum zdrowia psychicznego do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Prezes Agencji, podejmując niniejszą decyzję kierował się przede wszystkim potrzebą zapewnienia ciągłości funkcjonowania środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz wprowadzenia spójnych i transparentnych zasad organizacji i finansowania świadczeń. Jednocześnie należy wskazać, że dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu pilotażowego nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych wniosków w zakresie efektów zdrowotnych ani jakości udzielanych świadczeń, a przewidywane znaczące obciążenie budżetu płatnika uzasadnia konieczność dalszego doprecyzowania docelowego modelu finansowania. Przedłożona propozycja nowego trójskładowego ryczałtu obejmującego komponent populacyjny, funkcjonalny oraz jakościowy, w ocenie Agencji nie zapewnia obecnie wystarczającego poziomu pewności decyzyjnej. W szczególności dotyczy to adekwatności alokacji środków do rzeczywistego obciążenia systemu oraz uwzględnienia zróżnicowania potrzeb zdrowotnych. Za zasadne uznaje się dalsze doprecyzowanie struktury kosztów świadczeń oraz mechanizmów alokacji środków. Uzasadnione jest również wprowadzenie obowiązku monitorowania jakości, dostępności i efektów leczenia w oparciu

o wystandaryzowane wskaźniki, wraz z uprzednim określeniem ich zakresu oraz wartości referencyjnych dopasowywanych do krajowych uwarunkowań. Takie działania pozwolą na zwiększenie przejrzystości systemu, poprawę efektywności alokacji środków publicznych oraz wzmocnienie podstaw dla podejmowania decyzji w przyszłości. Docelowy model organizacji i finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej j powinien zapewniać właściwą dostępność możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta, przy jednoczesnej realizacji działań przekładających się na mierzalne i trwałe efekty zdrowotne oraz utrzymaniu wysokich standardów jakości. W ocenie Prezesa Agencji jakość i efekty leczenia powinny stanowić warunek realizacji i finansowania świadczeń, a nie wyłącznie instrument o charakterze bodźcowym do rozliczeń z płatnikiem.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej; realizowanych w Centrum Zdrowia Psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 poz. 1461 z późn. zm.).

Dodatkowo w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej wskazano, że oceniane świadczenia miałyby być realizowane w warunkach stacjonarnych, w izbie przyjęć, w warunkach dziennych i w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z proponowanymi warunkami realizacji.

Problem zdrowotny

Zaburzenie psychiczne to zespół objawów powodujących istotne zakłócenia poznawcze, emocjonalne lub behawioralne. Zazwyczaj wiąże się z cierpieniem lub ograniczeniem funkcjonowania społecznego i zawodowego. Zaburzenie zachowania oznacza utrwalony wzorzec naruszania norm społecznych i praw innych osób. Przejawia się agresją, przemocą lub poważnym naruszeniem zasad. Prowadzi do istotnego upośledzenia funkcjonowania i utrzymuje się długotrwale.

Zaburzenia psychiczne oraz zachowania mogą istotnie modyfikować sposób postrzegania rzeczywistości, ocenę sytuacji, kontrolę i zdolność przewidywania skutków własnych działań. Przy braku odpowiedniej diagnozy oraz leczenia mogą zwiększać ryzyko popełnienia czynów zabronionych i konfliktu z prawem. Skuteczne rozpoznanie mechanizmów tych zaburzeń oraz wdrożenie adekwatnych środków, które jednocześnie zapewniają bezpieczeństwo zarówno osoby chorej jak i społeczeństwa, wspierają funkcjonowanie osób nimi dotkniętych. Osiągnięcie tego celu stanowi wspólne zadanie systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń udzielanych w CZP w latach 2018-2025 wyniosła 1,2 mln. Populacja aktualnie zamieszkująca obszar działalności CZP w ramach programu pilotażowego wynosi ok. 15,64 mln osób.

Alternatywna technologia medyczna

W obowiązującym stanie formalno-prawnym, program pilotażowy w CZP jest realizowany do dnia 31 grudnia 2026 r. Zakres świadczeń udzielanych w CZP obejmuje świadczenia gwarantowane dla osób dorosłych (świadczeniobiorców od ukończenia 18. roku życia), które są ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień uzupełnionych o nowe propozycje.

Na świadczenia, które zaproponowano do wprowadzenia w ramach centrum zdrowia psychicznego, a nie występowały dotychczas w zakresie świadczeń gwarantowanych składają się:

- wizyta w PZK, obejmująca zebranie wywiadu; ocenę stanu psychicznego (o ile dotyczy); ustalenie dalszego postępowania;
- wizyta asystenta zdrowienia, obejmująca udzielanie informacji o dostępnych formach wsparcia w sytuacji kryzysu psychicznego, dzielenie się wiedzą oraz własnym doświadczeniem procesu zdrowienia i przeżytego kryzysu. Wizyta tego rodzaju ma również na celu wspieranie osoby w kryzysie oraz jej bliskich poprzez komunikację opartą na technikach aktywnego słuchania, przy

jednoczesnym motywowaniu do powrotu do zdrowia, podejmowania aktywności oraz pełnienia ról społecznych i zawodowych.

Ze względu na organizacyjny charakter procedowanego wniosku nie wskazuje się alternatywnych technologii medycznych względem ocenianych.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej świadczenie polega na kompleksowej organizacji i realizacji opieki psychiatrycznej w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego. Opieka ta obejmuje świadczenia udzielane w różnych trybach (stacjonarnym, dziennym, ambulatoryjnym oraz w izbie przyjęć), przez personel medyczny i wspierający. Kluczowym elementem jest koordynacja procesu terapeutycznego przez wyznaczonego koordynatora opieki, który odpowiada za planowanie, ciągłość i jakość leczenia, a także włączenie wsparcia środowiskowego w postaci asystenta zdrowienia. Zgodnie z przetestowanym pilotażowo rozwiązaniem ma być to osoba z własnym doświadczeniem kryzysu psychicznego, której zadaniem jest wsparcie pacjentów w procesie zdrowienia. Świadczenie obejmuje również funkcjonowanie punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego jako miejsca pierwszego kontaktu, w którym przeprowadzany jest wywiad, ocena stanu psychicznego oraz ustalane dalsze postępowanie terapeutyczne.

Populację docelową stanowią dorośli z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD-10: F00-F99).

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Nie przeprowadzono oceny skuteczności i bezpieczeństwa ocenianej technologii ze względu na jej specyfikę, polegającą na wprowadzeniu zmian organizacyjnych w sposobie udzielania świadczeń gwarantowanych.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Nie przeprowadzono oceny skuteczności i bezpieczeństwa ocenianej technologii ze względu na jej specyfikę, polegającą na wprowadzeniu zmian organizacyjnych w sposobie udzielania świadczeń gwarantowanych.

Sposób finansowania ocenianego modelu organizacyjnego CZP: rozwiązanie pilotażowe względem proponowanego:

- Finansowanie świadczeń realizowanych w CZP miało charakter mieszany i opierało się na dwóch głównych strumieniach: ryczałtowym oraz rozliczeniu „fee-for-service”. Podstawowym mechanizmem był ryczałt na populację, ustalany półrocznie jako iloczyn liczby dorosłych mieszkańców obszaru działania centrum i stawki *per capita* (z możliwością waloryzacji oraz zwiększenia dla wybranych grup, np. mieszkańców DPS), który był przeznaczony na finansowanie kompleksowej opieki nad populacją przypisaną do CZP. Ryczałt ten podlegał jednak korektom. Był pomniejszany o wartość świadczeń udzielonych pacjentom z populacji zamieszkującej obszar CZP przez innych świadczeniodawców. Uzupełniając funkcjonował mechanizm rozliczeń za wykonane świadczenia, stosowany w odniesieniu do pacjentów spoza obszaru działania CZP, gdzie świadczenia były rozliczane według cen jednostkowych. Jednocześnie, koszty świadczeń dla tych pacjentów były wliczane do wartości umowy, a przy przekroczeniu określonego progu (20% wartości ryczałtu) możliwe było wyodrębnienie odrębnego kontraktu.
- Proponowany model finansowania CZP ma mieć charakter trójskładnikowy i opierać się na połączeniu finansowania populacyjnego z elementami uwzględniającymi jakość udzielanych świadczeń oraz rzeczywiste obciążenie systemu. Podstawę systemu miałyby stanowić stawka bazowa (ryczałt populacyjny) uzależniona od liczby mieszkańców obszaru działania, uzupełniona o dodatkowe dwa komponenty. Jednym z nich jest komponent jakościowy, którego wartość ma zależeć od osiągnięcia określonych wskaźników (np. dostępności świadczeń, rehospitalizacji, ciągłości opieki czy parametrów leczenia). Drugi z nich – komponent funkcjonalny, miałby być powiązany z rzeczywistą liczbą i charakterystyką pacjentów (np. zaburzenia psychiatryczne, niepsychiatryczne, organiczne) oraz intensywnością wykorzystania zasobów centrum.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Wyniki analizy wpływu na budżet zostały przedstawione w trzyletnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego. Nie przeprowadzono analizy scenariuszowej, ze względu na znaczący zakres niepewności związany z wyceną świadczeń oraz ostatecznym modelem finansowania. Punktem odniesienia jest wysokość nakładów finansowych obecnie ponoszonych przez płatnika z tytułu finansowania pilotażu CZP.

Wielkość populacji docelowej określono na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ związanych z realizacją pilotażu. Liczebność populacji oszacowano na około 30 mln. W pierwszym roku analizy modelem CZP objęte zostanie ok. 15% populacji pozostającej dotychczas poza pilotażem, w drugim roku proces obejmowania populacji również obejmie kolejne 15%, zaś w trzecim roku ok. 21%. Wyniki analizy wskazują, na wzrost kosztów płatnika odpowiednio o 1,08; 0,84 oraz 1,11 [mld zł], w kolejnych latach analizy.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Analiza obarczona jest szeregiem istotnych ograniczeń, wynikających przede wszystkim z niedoskonałości danych wejściowych, a także z konieczności zastosowania uproszczeń oraz modelowania symulacyjnego. W konsekwencji uzyskane wyniki mają w znacznej mierze charakter przybliżony i powinny być interpretowane jako orientacyjne. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na ich wiarygodność są rozbieżności pomiędzy rzeczywistą strukturą populacji a danymi demograficznymi (GUS), które nie w pełni odzwierciedlają aktualne uwarunkowania demograficzne i terytorialne populacji. Istotnym ograniczeniem jest także brak możliwości uwzględnienia faktycznej gotowości świadczeniodawców do wdrażania CZP. Może to skutkować niższą niż zakładana dynamiką jego rozwoju. Ponadto przyjęty sposób alokacji kosztów pomiędzy istniejące oraz potencjalnie centra ma charakter przybliżony i opiera się na aktualnym, a nie docelowym modelu organizacyjnym systemu.

Opinia NFZ

W przekazanej opinii Prezes NFZ wskazuje, że całkowity koszt wdrożenia nowego modelu organizacyjnego CZP w okresie 3 lat wyniesie łącznie 1,34 mld zł.

Opinie ekspertów klinicznych

W przekazanych trzech opiniach eksperci przedstawili rozbieżne stanowiska w zakresie zasadności wprowadzenia ocenianego modelu realizacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych. W dwóch stanowiskach pozytywnie oceniono wdrożenie i finansowanie CZP, podkreślając ich rolę w zapewnieniu kompleksowej, środowiskowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem. W negatywnym stanowisku wskazano natomiast na niedostosowanie modelu do zróżnicowanych potrzeb pacjentów, w szczególności w zakresie ograniczonych zasobów dla diagnostyki psychologicznej oraz niewystarczającego uwzględnienia leczenia uzależnień i dostępności specjalistów w tym obszarze.

Jednocześnie eksperci wskazali na istotne ograniczenia ocenianego rozwiązania. Zwrócono uwagę m.in. na potencjalny niedobór wymaganych kadr oraz brak uwzględnienia w CZP terapii leczenia uzależnień. Jeden z ankietowanych zwrócił uwagę na konieczność wprowadzenia mierzalnych wskaźników jakości oraz zapewnienia integracji z wyższymi poziomami referencyjnymi. W uzasadnieniu wskazano, że bez ich wdrożenia istnieje ryzyko obniżenia jakości opieki lub nadmiernego obciążenia CZP przypadkami przekraczającymi ich możliwości.

Uwagi do opisu świadczenia

Mając na względzie brak jasno określonej roli i zakresu zadań asystenta zdrowienia oraz koordynatora opieki, zasadne jest ich uregulowanie w części normatywnej rozporządzenia.

Jednocześnie weryfikacji wymaga zasadność wprowadzania modyfikacji minimalnych wymagań dotyczących zatrudnienia personelu, w szczególności w sytuacji, gdy już na etapie realizacji programu pilotażowego identyfikowano niedobory kadrowe. Miały one miejsce zarówno w zakresie lekarzy psychiatrów oraz wśród pozostałych specjalistów zaangażowanych w opiekę nad pacjentami. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w przypadku wprowadzania nowych kategorii personelu, które dotychczas nie były uwzględnione w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych. W związku

z tym modyfikacje w zakresie minimalnych norm mogą mieć wpływ zarówno na proces wdrożenia modelu organizacyjnego udzielania świadczeń, jak i na jego koszty oraz dostępność dla pacjentów.

Niezależnie od powyższego, w uwagach NFZ wskazano na zwiększenie liczby etatów większości kategorii personelu, z wyjątkiem osoby prowadzącej terapię zajęciową oraz asystenta zdrowienia. W odniesieniu do koordynatora opieki zaproponowano zmniejszenie liczby etatów. Ponadto, zwrócono uwagę na nieścisłości zapisów w programie pilotażowym względem proponowanego kształtu realizacji świadczeń, w szczególności w zakresie minimalnego zabezpieczenia liczby łóżek. Zaproponowano również zastąpienie świadczeń udzielanych w izbie przyjęć na świadczenia udzielane w dziale przyjęć, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przy wskazywaniu wymagań dla oddziału psychiatrycznego. Dodatkowo zaproponowano, objęcie regulacją maksymalnej odległości miejsca zamieszkania pacjentów objętych obszarem działania CZP od PZK, określoną jako nie wyższa niż 10 km.

Pozostałe uwagi zostały przedstawione w raporcie.

Omówienie rekomendacji klinicznych w odniesieniu do ocenianej technologii

Ze względu na specyfikę problemu decyzyjnego odstąpiono od przeglądu wytycznych praktyki klinicznej oraz dokumentów z zagranicznych instytucji HTA.

Analiza rozwiązań organizacyjnych funkcjonujących w 19 krajach wykazała, że w 9 z nich funkcjonują jednostki o zbliżonej strukturze do centrum zdrowia psychicznego. We wszystkich analizowanych rozwiązaniach wskazuje się na konwergencję w kierunku środowiskowego, zintegrowanego modelu opieki psychiatrycznej. W tego rodzaju modelach kluczową rolę odgrywają lokalne centra lub zespoły stanowiące pierwszy punkt kontaktu dla pacjenta. Wspólnym celem tych rozwiązań jest zapewnienie powszechnego dostępu do oceny potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz kompleksowego spektrum świadczeń. W zakresie działalności ujęto zarówno interwencje kryzysowe, diagnostykę i leczenie, rehabilitację, jak i wsparcie psychospołeczne. Kluczowe znaczenie ma funkcjonowanie zespołów złożonych z wielu specjalistów oraz koordynacja opieki, zapewniająca ciągłość i spersonalizowanie leczenia. We wszystkich systemach podkreśla się także potrzebę ograniczania hospitalizacji na rzecz opieki ambulatoryjnej i środowiskowej, a także rosnącą rolę komponentu społecznego i wsparcia realizowanego przez asystentów zdrowienia.

Zidentyfikowane różnice pomiędzy analizowanymi rozwiązaniami dotyczą przede wszystkim stopnia integracji między sektorami zdrowia i opieki społecznej, w części krajów obserwowany jest charakter systemowy, w innych opiera się na współpracy operacyjnej. Zróżnicowany jest także poziom centralizacji systemów, od modeli terytorialnych z wyraźnym podziałem kompetencji pomiędzy regiony i gminy, po rozwiązania bardziej scentralizowane. Różnice dotyczą także dostępności świadczeń (np. funkcjonowanie modeli całodobowych vs. ograniczone godziny pracy), stopnia formalizacji minimalnych zasobów kadrowych oraz zakresu oferowanego wsparcia społecznego.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2026 r. (znak: DLGT.0210.5.2025.AM) w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia Centrum Zdrowia Psychicznego jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 63/2026 z dnia 18 maja 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego jako świadczenia gwarantowanego.
2. Raport nr DMiOSZ.4100.2.2026 „Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Centrum Zdrowia Psychicznego”, data ukończenia 14 maja 2026 r.