

STANOWISKO Nr 10/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki
psychiatrycznej i leczenia uzależnień**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia panią Katarzynę Kęcką z dnia 23 czerwca 2026 r. (znak: DLGT.0210.5.2025.AM) przedstawia następujące uwagi:

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera kierunek zamierzeń wskazany w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia dotyczący stopniowego przechodzenia w psychiatrii od modelu izolowania w dużych szpitalach psychiatrycznych do modelu środowiskowego. Jest to model uznawany obecnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie świadczeń realizowanych w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest zgodne z rekomendacją nr 68/2026 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 22 maja 2026 r. *w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania modelu organizacyjnego udzielania świadczeń w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*. Centra zdrowia psychicznego mają zapewniać kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami dorosłymi z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.

Rozwiązania zaproponowane w projekcie rozporządzenia stanowią kontynuację modelu organizacyjnego wskazanego w ramach programu pilotażowego realizowanego od dnia 1 lipca 2018 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia

psychicznego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1883). W takiej sytuacji Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie odnosi się do tego, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia ani w Ocenie Skutków Regulacji nie zamieszczono żadnej wzmianki odnoszącej się do tego, jak w ramach programu pilotażowego został oceniony testowany model opieki psychiatrycznej oparty na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Brak takich podstawowych informacji jest poważną wadą projektu rozporządzenia. Każdy program pilotażowy, jeśli ma stać się modelem docelowym, funkcjonującym obligatoryjnie na terenie całego kraju, powinien zostać poddany rzetelnej ewaluacji. W świetle tych uwag, musi niepokoić stanowisko zawarte w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 68/2026, w którym znajduje się wzmianka, że *„Jednocześnie należy wskazać, że dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu pilotażowego nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych wniosków w zakresie efektów zdrowotnych ani jakości udzielanych świadczeń”*. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej docelowy model organizacji i finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej powinien zapewniać właściwą dostępność oraz przekładać się na mierzalne i trwałe efekty zdrowotne oraz gwarantować utrzymanie wysokich standardów jakości. Po 8. latach funkcjonowania programu pilotażowego efekty zdrowotne i wpływ nowej organizacji udzielania świadczeń na ich jakość i dostępność powinien być już Ministerstwu Zdrowia znany i przekazany partnerom społecznym wraz z projektem zmiany rozporządzenia koszykowego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej sygnalizuje ponadto, że w projektowanym § 2 pkt 21 rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* zastrzeżenia budzi definicja „koordynatora opieki”. W propozycji zawarte zostały jedynie wskazania dotyczące kwalifikacji niezbędnych do objęcia tego stanowiska w centrum zdrowia psychicznego, tymczasem powinno się tam określić przede wszystkim jaka jest rola i zadania koordynatora opieki w ramach centrum zdrowia psychicznego.

Samorząd lekarski postuluje rezygnację z projektowanego ograniczenia, zgodnie z którym funkcję koordynatora opieki w centrum zdrowia psychicznego mogłaby pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej średnie wykształcenie medyczne. Takie zawężenie kręgu osób uprawnionych do pełnienia tej funkcji nie znajduje wystarczającego uzasadnienia. Zakres zadań koordynatora opieki określony w

projekcie koncentruje się przede wszystkim na ustalaniu terminów realizacji poszczególnych etapów świadczenia, nadzorowaniu prowadzenia dokumentacji oraz czuwaniu nad formalną jakością procesu leczenia. Są to zadania, do których wykonywania odpowiednio przygotowani mogą być również pracownicy socjalni, z uwagi na swoje przygotowanie zawodowe, doświadczenie w pracy z osobami wymagającymi wsparcia oraz ze względu na znajomość systemu pomocy społecznej. Projekt wymaga także doprecyzowania, do jakich konkretnie kwalifikacji lub zawodów odnosi się pojęcie „średnie wykształcenie medyczne”, a także co należy rozumieć przez wymóg posiadania „niezbędnej wiedzy”. Posługiwanie się tak nieostrymi pojęciami może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że projektowany zakres zadań koordynatora opieki nie obejmuje współtworzenia planu terapii i zdrowienia, a projekt nie wskazuje jednoznacznie, kto taki plan ma opracowywać. Jest to istotna luka regulacyjna, ponieważ plan terapii i zdrowienia powinien być dokumentem o charakterze merytorycznym, powiązany z procesem diagnostyczno-terapeutycznym, a nie wyłącznie formalnym opisem form opieki oferowanych świadczeniobiorcy. W dotychczasowym modelu pilotażowym plan terapii był tworzony przez zespół, w którego skład wchodził lekarz i koordynator. Definicja planu terapii i zdrowienia przedstawiona w projekcie wydaje się również nadmiernie uproszczona względem rozwiązań pilotażowych, w szczególności przez brak wskazania obowiązku okresowej, co najmniej corocznej ewaluacji tego planu. Brak takiej ewaluacji może osłabić możliwość dostosowywania planu leczenia do zmieniającego się stanu zdrowia pacjenta oraz jego sytuacji środowiskowej.

Zastrzeżenia budzi także projektowany § 2 pkt 24 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zastrzeżenia budzi definicja „punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego”, który został określony jako „pokój do przyjmowania świadczeniobiorców w ramach centrum zdrowia psychicznego (...)”. Proponuje się zastąpienie słowa „pokój” słowem: „pomieszczenie” lub „wydzielone pomieszczenie”.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi również projektowany sposób uregulowania funkcji asystenta zdrowienia. Zastosowanie dwuletniego okresu przejściowego w procesie uzyskania certyfikatu potwierdzającego kwalifikację wolnorynkową włączoną do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji należy uznać za

okres zbyt krótki. W praktyce może on doprowadzić do niedoboru osób spełniających wymagania formalne, a w konsekwencji do ograniczenia możliwości realizacji świadczeń w centrach zdrowia psychicznego. Zasadne jest wydłużenie okresu przejściowego do czasu, w którym na rynku pracy dostępna będzie odpowiednia liczba osób posiadających wymagane kwalifikacje. Jednocześnie projekt nie reguluje w wystarczającym stopniu roli asystenta zdrowienia w zespole terapeutycznym. Odnosnie do zaproponowanego w § 2 pkt 23 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz w projektowanym załączniku nr 9 do tego rozporządzenia roli „asystenta zdrowienia” Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że skoro osoba ta wchodzi w skład personelu wymaganego w ramach centrum zdrowia psychicznego, przypisuje się jej ważną rolę w zakresie kontaktów w pacjenta i rodziną pacjenta doświadczającego kryzysu psychicznego, a jednocześnie nie jest to zawód medyczny, w związku z czym osoby o kompetencjach asystenta zdrowienia nie będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, to w projekcie rozporządzenia powinny znaleźć się bardziej szczegółowe postanowienia dotyczące zakresu uprawnień takiej osoby, w tym dostępu do danych pacjentów i do dokumentacji medycznej oraz sposób współpracy z zespołem terapeutycznym. Kwestia ta ma fundamentalne znaczenie w świetle aksjologii praw człowieka oraz obowiązku zachowania tajemnicy w związku z wykonywaniem czynności wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Negatywnie ocenić należy rozwiązania prowadzące do obniżenia wymaganego wskaźnika zatrudnienia personelu w centrach zdrowia psychicznego, w szczególności w sytuacji, gdy jednocześnie projekt przewiduje bardziej szczegółowe wymagania dotyczące poszczególnych ról w zespole. W dotychczasowym modelu pilotażowym minimalny poziom zatrudnienia w ramach działalności podstawowej wynosił odpowiednio 0,6 etatu przeliczeniowego na 1000 świadczeniobiorców powyżej 18 roku życia, co odpowiadało 60 etatom na 100 tys. osób. Tymczasem projektowany standard kadrowy, zgodnie z załącznikiem nr 9, kształtuje się na poziomie 30 etatów na 100 tys. populacji, z wyłączeniem oddziału stacjonarnego. Zmniejszenie ogólnego wymogu zatrudnienia personelu z dotychczasowego poziomu może w praktyce skutkować ograniczeniem dostępności świadczeń oraz obniżeniem jakości terapii.

Samorząd lekarski wyraża sprzeciw także wobec obniżenia gwarantowanego minimum zatrudnienia psychologa klinicznego z 3 etatów do 0,5 etatu na 100 tys. mieszkańców. Tak istotne ograniczenie wymagań kadrowych dotyczących psychologów klinicznych może prowadzić do zmniejszenia dostępności pogłębionej diagnostyki psychologicznej oraz utrudnić prowadzenie kompleksowej oceny funkcjonowania pacjenta i planowanie dalszych działań terapeutycznych. W opiece psychiatrycznej, dostęp do psychologa klinicznego jest jednym z kluczowych elementów jakości świadczeń. Obniżenie wymogów w tym zakresie pozostaje trudne do pogodzenia z deklarowanym celem projektu, jakim jest poprawa kompleksowości opieki psychiatrycznej. Również liczba sesji psychoterapii powinna wynikać z indywidualnych wskazań klinicznych, stanu zdrowia pacjenta oraz decyzji terapeutycznych podejmowanych przez osoby udzielające świadczeń, a nie z limitów administracyjnych. Rozwiązania limitujące możliwość udzielania psychoterapii w oderwaniu od potrzeb pacjenta mogą prowadzić do formalizacji procesu leczenia i ograniczenia jego skuteczności. Jednocześnie projekt powinien dopuścić możliwość prowadzenia części psychoterapii z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych, o ile jest to uzasadnione stanem pacjenta, charakterem świadczenia oraz oceną osoby prowadzącej terapię. Obecne przepisy rozporządzenia przewidują już możliwość realizacji części świadczeń ambulatoryjnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, z zastrzeżeniem, że proces diagnostyczny nie może odbywać się wyłącznie zdalnie. Projektowane przepisy dotyczące centrów zdrowia psychicznego nie powinny prowadzić do pogorszenia ani zawężenia tej możliwości.

Wskazać również należy, że projekt nie doprecyzowuje w wystarczający sposób warunków realizacji świadczeń, a proponowane zmiany w zakresie finansowania mogą osłabić pracę środowiskową, która powinna stanowić podstawę funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. Szczególne zaniepokojenie budzi brak zapewnienia finansowania takich form wsparcia jak kluby pacjenta, świetlice, zajęcia terapeutyczne i aktywizujące prowadzone poza oddziałem stacjonarnym lub dziennym, a także inne programy środowiskowe, które mają istotne znaczenie dla przeciwdziałania izolacji społecznej oraz zapobiegania nawrotom choroby. Elementy te nie powinny być traktowane jako działania uboczne lub fakultatywne, lecz jako integralna część nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że projektowane zmiany mają istotny charakter organizacyjny i finansowy, a jednocześnie wiele kluczowych elementów pozostaje niedookreślonych. W takiej sytuacji opiniowanie samego projektu rozporządzenia, bez równoczesnego przedstawienia projektu odpowiedniego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jako aktu wykonawczego określającego szczegółowe zasady kontraktowania, rozliczania i finansowania świadczeń, nie pozwala na pełną ocenę skutków projektowanych regulacji. Prezydium postuluje, aby projekt rozporządzenia był konsultowany łącznie z projektami aktów określających praktyczne warunki finansowania i realizacji świadczeń. Dopiero całościowa analiza projektowanych rozwiązań pozwoli ocenić, czy proponowane regulacje rzeczywiście zapewnią ciągłość, kompleksowość i dostępność opieki psychiatrycznej w centrach zdrowia psychicznego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej opowiada się przy tym za utrzymaniem finansowania świadczeń realizowanych w centrach zdrowia psychicznego w całości w formie ryczałtu. Finansowanie ryczałtowe lepiej odpowiada założeniom modelu środowiskowego, którego istotą jest elastyczne reagowanie na potrzeby populacji objętej opieką centrum w przeciwieństwie do rozliczania wyłącznie pojedynczych procedur.

ZASTĘPCA SEKRETARZA

Mateusz Grochowski

WICEPREZES

Paweł Barucha