



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Zdrowia Publicznego

ZPP.055.34.2026.EB
Warszawa, 21 września 2026



Szanowny Panie,

w odpowiedzi na petycję z dnia 27 sierpnia 2026 r. w sprawie uwag do systemu publicznej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży Departament Zdrowia Publicznego uprzejmie prosi o przyjęcie poniższych informacji.

Na wstępie należy wskazać, iż w celu poprawy dostępu do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży Ministerstwo Zdrowia opracowało reformę opartą na trzech poziomach referencyjnych opieki. Realizowana od 2019 r. reforma umożliwia wcześniejsze objęcie opieką młodych ludzi i ich rodzin oraz jest skierowana do wszystkich młodych pacjentów doświadczających problemów i zaburzeń psychicznych. Reforma deinstytucjonalizuje opiekę psychiatryczną, tj. poprawia dostęp do pomocy pozaszpitalnej, świadczonej możliwie najbliżej środowiska pacjenta.

Model środowiskowy, poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania, umożliwia prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób adekwatny do potrzeb pacjentów. Pozwala on na wczesne wykrywanie kryzysów psychicznych, może przyczyniać się do zwiększenia skuteczności terapii, a także zapobiegać zjawisku stygmatyzacji pacjentów.

Istotną zmianą w psychiatrii dziecięcej było **utworzenie sieci Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, stanowiących I poziom referencyjny**, dzięki którym opieka specjalistów stała się bardziej dostępna, lepiej dopasowana do potrzeb oraz realizowana w środowisku młodego pacjenta. W ośrodkach tych pomoc mogą uzyskać osoby, które nie wymagają diagnozy psychiatrycznej ani farmakoterapii. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych pojawiających się w dzieciństwie skuteczna pomoc może być udzielana za pomocą takich form wsparcia, jak

psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Ośrodki I poziomu zapewniają także wsparcie w procesie zdrowienia osobom, które w przeszłości, z uwagi na kryzys psychiczny, przebywały na oddziale psychiatrycznym. Dzięki zapewnieniu pomocy blisko miejsca zamieszkania możliwe jest skrócenie czasu pobytu w szpitalu oraz zapobieganie rehospitalizacji.

Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, stanowiące II poziom referencyjny, działają w dwóch formach:

- poradnie zdrowia psychicznego, w których można skorzystać z wizyty u lekarza psychiatry, psychologa oraz psychoterapeuty;
- poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne, w których pomoc mogą uzyskać młodzi pacjenci wymagający bardziej intensywnej opieki.

II poziom referencyjny jest przeznaczony dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia wymaga konsultacji z lekarzem psychiatrą dziecięcym w celu postawienia diagnozy psychiatrycznej lub wdrożenia farmakoterapii. Ponadto w części placówek istnieje możliwość pobytu dziecka na oddziale dziennym.

III poziom referencyjny stanowią Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej, na którym funkcjonują oddziały szpitalne. Świadczenia stacjonarne realizowane są przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów zajęciowych.

W odniesieniu do kwestii kodu Z03 Departament, w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”), wskazuje, że zgodnie z załącznikiem nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (dalej: „rozporządzenie koszykowe”), kod ICD-10 Z03 (obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne) stanowi wskazanie do realizacji świadczenia i jest stosowany w przypadku rozpoznań wstępnych, które mogą zostać wykluczone po przeprowadzeniu dalszych badań. Nie stanowi on podstawy do zakończenia diagnostyki lub terapii. Jednocześnie przepisy dopuszczają realizację terapii na podstawie tego kodu, pod warunkiem uwzględnienia w sprawozdawczości przekazywanej do NFZ co najmniej jednej z określonych grup problemów.

Ponadto należy wskazać, że możliwość prowadzenia terapii wyłącznie na podstawie kodu Z03, a więc bez postawienia ostatecznego rozpoznania, budzi wątpliwości z perspektywy zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. W literaturze przedmiotu podkreśla się bowiem, że prawidłowo postawiona diagnoza stanowi podstawę do wdrożenia odpowiednich działań terapeutycznych.

W kwestii finansowania nadmiernej liczby terapii informujemy, iż warunki realizacji świadczeń psychologicznych i psychoterapeutycznych określa rozporządzenie koszykowe. Dla każdego świadczenia gwarantowanego realizowanego w ramach zespołu lub ośrodka I poziomu referencyjnego, zgodnie z wcześniej ustalonym planem leczenia, rozporządzenie określa górny limit świadczeń możliwych do wykonania w określonym czasie, np. psychoterapii długoterminowej w okresie roku czy psychoterapii krótkoterminowej w okresie pół roku. Jedynie porada psychologiczna, o ile nie stanowi interwencji kryzysowej, nie ma określonego limitu świadczeń. O rodzaju, długości i intensywności terapii, na którą kierowany jest świadczeniobiorca, decyduje specjalista po ustaleniu rozpoznania z grupy F00-F99 lub na podstawie wyników diagnozy psychologicznej, z uwzględnieniem jednej z grup problemów określonych w rozporządzeniu koszykowym.

NFZ weryfikuje jedynie zgodność udzielanych świadczeń pod kątem spełnienia warunków ich realizacji, w tym nieprzekraczania limitów świadczeń w określonym okresie, wskazanych w rozporządzeniu koszykowym.

W odniesieniu do podniesionej w petycji kwestii dotyczącej oferowania przez świadczeniodawców możliwości uczestniczenia w zajęciach Treningu Umiejętności Społecznych (TUS) na zasadach komercyjnych Departament uprzejmie informuje, że świadczeniodawca może udzielać świadczeń z tego samego zakresu, które realizuje na podstawie umowy z NFZ, o ile wyraźnie rozdzieli zasoby wykorzystywane przy realizacji tych świadczeń. Personel medyczny i sprzęt wykazane w harmonogramie pracy dla NFZ nie mogą być bowiem w tym samym czasie wykorzystywane do realizacji świadczeń komercyjnych.

Nieprawidłowym działaniem jest pobieranie od osób ubezpieczonych nienależnych opłat za świadczenia objęte umową z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co zagrożone jest karą grzywny. Nie ma natomiast podstaw do ingerencji, jeżeli świadczeniobiorca świadomie zdecyduje się na korzystanie ze świadczeń na zasadach komercyjnych, poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

W związku ze wskazanymi wątpliwościami dotyczącymi procesu diagnostyczno-leczniczego należy również wskazać, iż zastrzeżenia dotyczące personelu medycznego można i należy w pierwszej kolejności zgłaszać do dyrektora lub kierownika podmiotu leczniczego, w którym udzielana jest opieka zdrowotna.

Ponadto organem właściwym w przypadku naruszenia praw pacjenta pozostaje Rzecznik Praw Pacjenta, który zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może przeprowadzić postępowanie wyjaśniające. Informacje o formach kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz wymogach formalnych dotyczących

wniosku składanego do Biura Rzecznika Praw Pacjenta można znaleźć na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/rpp>.

Z wyrazami szacunku

Kuba Sękowski
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/