

RAPORT KOŃCOWY

**Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach
zdrowia psychicznego**

Warszawa

30 września 2025 r.

Spis treści

Zespół ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego	4
Analiza potrzeb w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego	6
Lekooporność jako wyzwanie dla ochrony zdrowia psychicznego	7
Podsumowanie	11
Epidemiologia zaburzeń psychicznych w Polsce	13
Wyzwania demograficzne	13
Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w podstawowej opiece zdrowotnej	22
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	26
Charakterystyka leczenia pacjentów w centrach zdrowia psychicznego	26
Transformacja systemu ochrony zdrowia psychicznego w województwie małopolskim	26
Realizacja świadczeń dla dorosłych w centrach zdrowia psychicznego	30
Budżet populacyjny w centrum zdrowia psychicznego: propozycje rozwiązań systemowych	39
Metodologia wyliczania wielkości stawki kapitałowej: rekomendacje międzynarodowe	40
Problemy zidentyfikowane w trakcie trwania pilotażu	43
Podsumowanie	44
Propozycje systemowych rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego	46
System referencyjny w psychiatrii dorosłych	47
Mapy odpowiedzialności terytorialnej	50
Finansowanie centrów zdrowia psychicznego	51
Komponent jakościowy	52
Komponent za funkcję	53
Struktura udzielania świadczeń w centrum zdrowia psychicznego	54
Proponowany harmonogram	59
Bibliografia	61
Załącznik nr 1 Analiza pilotażu w centrach zdrowia psychicznego Narodowego Funduszu Zdrowia	73
Syntetyczne wyniki ankiet centrum zdrowia psychicznego	73
Załącznik nr 2 Materiały przygotowane lub analizowane w trakcie prac Zespołu	74

Załącznik nr 3 <i>Rapid Assessment</i> pilotażu w centrach zdrowia psychicznego przeprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia.....	77
Załącznik nr 4 Mapy obszaru odpowiedzialności terytorialnej opracowane w trakcie pilotażu	78
Załącznik nr 5 Raport analityczny dotyczący wybranych wskaźników oceny pilotażu centrów zdrowia psychicznego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 oraz 2023-2030	79
Załącznik nr 6 Zdanie odrębne Narodowego Funduszu Zdrowia	80
Spis tabel	81
Spis rysunków.....	82

Zespół ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego

Zespół został powołany decyzją Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2024 r. poz. 123)¹ (dalej: „zarządzenie”, „zarządzenie Ministra Zdrowia”). Minister Zdrowia postawił następujące cele przed zespołem:

- 1) analiza potrzeb w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) przygotowywanie propozycji rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem sposobu organizacji i finansowania centrów zdrowia psychicznego po zakończeniu programu pilotażowego prowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego;
- 3) opracowanie strategii wdrożenia zaproponowanych przez Zespół rozwiązań;
- 4) sporządzenie raportu końcowego zawierającego wyniki prac Zespołu oraz przedłożenie go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Minister Zdrowia w skład Zespołu powołał reprezentantów różnych środowisk, w tym osoby zgłoszone przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego (dalej: OSCZP). Przed opublikowaniem decyzji Ministra Zdrowia w Dzienniku Urzędowym rezygnację z prac w zespole złożyły cztery osoby delegowane przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrum Zdrowia Psychicznego, w tym przedstawiciel pacjentów. Ostatecznie Zespół ukonstytuował się w następującym składzie (układ alfabetyczny):

- 1) dr n. med. **Anna Depukat** – Członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego,
- 2) **Magdalena Dzierwa** – Dyrektor Wydziału Taryfikacji w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- 3) prof. dr hab. n. med. **Piotr Gałęcki** – Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii, Przewodniczący Rady do spraw Zdrowia Psychicznego,
- 4) **Sebastian Goncerz** – Przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
- 5) prof. dr hab. n. med. **Janusz Heitzman** – Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego,
- 6) **Maciej Karaszewski** – Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia,
- 7) **Dagmara Korbasińska-Chwedczuk** – Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia;
- 8) **Anna Miszczak** – Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 9) **Piotr Nowicki** – Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,

¹ <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2024/123/>

- 10) **Anna Parnowska** – Kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, Członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego,
 - 11) **Kamil Pięta** – Dyrektor ds. strategii i rozwoju Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce,
 - 12) dr n. hum. **Tomasz Rowiński** – Szkoła Główna Handlowa, ThinkTank SGH dla Ochrony Zdrowia, Członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego,
 - 13) **Mikołaj Sinica** – Członek Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - 14) **Anna Śremska** – Prezes Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, Dyrektor Szpitala im. Józefa Babińskiego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, Członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego,
- 1) Sekretarz – **Marek Stańczuk** – Wydziału Ochrony Zdrowia Psychicznego w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

Pierwsze spotkanie zespołu odbyło się 12 grudnia 2024 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia z udziałem Pani Minister Izabeli Leszczyny, na którym ukonstytuował się Zespół. Zgodnie z ust. 2 § 2 zarządzenia, na Przewodniczącą Zespołu wybrano Panią Dagmarę Korbasińską-Chwedczuk, ówczesną Dyrektorkę Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Następnie na Zastępcę Przewodniczącej wyznaczono Pana Tomasza Rowińskiego, Członka Rady do spraw Zdrowia Psychicznego.

Analiza potrzeb w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne dorosłych stanowi kluczowy aspekt zdrowia publicznego, wpływając na produktywność społeczną, gospodarczą i indywidualną jakość życia. W 2019 r. szacowano, że zaburzenia i choroby psychiczne odpowiadały za 125,3 mln utraconych lat życia w zdrowiu (YLD²), co stanowiło 14,6% wszystkich YLD (Vos i in., 2022). Najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi były depresja, zaburzenia lękowe i zaburzenia związane z używaniem substancji. Dane epidemiologiczne WHO wskazują, że niemal co ósma osoba na świecie żyje z zaburzeniem psychicznym (WHO, 2022b)- ponad miliard osób cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wzrosło o 6,5% między 1990 a 2021 rokiem. Przełożyło się to na 11,2 miliona DALY w krajach o niskich dochodach (WHO, 2025a; WHO, 2025b). Zaburzenia psychiczne odpowiadają za kilkanaście procent DALY wśród dorosłych, z największym obciążeniem w grupach wiekowych 25–49 lat (por. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; GBD 2021 Mental Disorders Collaborators, 2023; Vos i in., 2022).

W populacji dorosłych gdzie zaburzenia wpływają zarówno na ich funkcjonowanie w kontekście społecznym i zawodowym, ale także na rozwój dzieci i młodzieży (Fitzsimons i in., 2017; Leijdesdorff i in., 2017; Upadhyaya, S., i in., 2025; Weissman i in., 2016; Zhou i in., 2024). Ryzyko wystąpienia u dzieci problemów ze zdrowiem psychicznym w rodzinach, w których dorośli ma problemy natury psychicznej zwiększa się nawet o 50% (Leijdesdorff i in., 2017; Rasic i in., 2014; Weissman i in., 2016). Programy kierowane do całej rodziny, w przypadku zaburzeń psychicznych rodzica lub dziecka, dają lepsze efekty kliniczne oraz redukują koszty społeczne i ekonomiczne (Moltrecht i in., 2024).

Steel i in. (2014) szacuje, że około 29,2% dorosłych doświadcza zaburzeń psychicznych w ciągu życia, głównie depresji (10,8%) i zaburzeń lękowych (11,8%). W kontekście pandemii COVID-19, obserwuje się wzrost tych zaburzeń, nie tylko u dorosłych, ale także u dzieci (Holmes i in., 2020; Racine i in., 2021; Singh i in., 2020).

Raport OECD/EU (2022) oraz badania Santomauro i zespołu (2021) podkreślają, że około 17% dorosłych w UE cierpi na zaburzenia psychiczne, przy czym wyższe wskaźniki epidemiologiczne notuje się wśród kobiet (1,5–2 razy wyższe dla depresji i lęków) oraz u osób o niskim statusie socjoekonomicznym - ryzyko wyższe o 30–50% (Lorant i in. 2003).

Szacunkowe koszty związane z zaspokajaniem potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego są ogromne i obejmują zarówno wydatki bezpośrednie (np. świadczenia zdrowotne, leki), jak i pośrednie (np. utrata produktywności, koszty związane z absencją). Trautmann i in. (2016)

² DALY - *Disability-Adjusted Life Years* oznacza lata życia skorygowane o niepełnosprawność. DALYs to miara łączna obciążenia chorobami, stosowana w epidemiologii i zdrowiu publicznym. Reprezentuje ona sumę dwóch składników: YLL (*Years of Life Lost*) - lata utracone z powodu przedwczesnej śmierci oraz YLD (*Years Lived with Disability*) – lata przeżyte z niepełnosprawnością (skorygowane o jej ciężkość). DALY jest szeroko stosowaną miarą w raportach WHO i w badaniach obciążenia chorobami (np. *Global Burden of Disease Study*), ponieważ pozwala porównywać wpływ różnych chorób na populację, niezależnie od tego, czy prowadzą do śmierci, czy do przewlekłej niepełnosprawności. Jeden DALY oznacza utratę jednego roku w zdrowiu.

szacują globalne koszty zaburzeń psychicznych na 2,5 biliona USD rocznie, z czego 50% to koszty pośrednie. W UE, według OECD (2021), koszty te wynoszą 4,2% PKB, co w 2023 roku przekładało się na około 600 miliardów EUR. W Polsce, koszty bezpośrednie i pośrednie szacowane są na 3–4% PKB, czyli 70–90 miliardów PLN rocznie (Strategy& Polska, 2024).

Inwestycje w leczenie depresji i lęków przynoszą zwrot 4:1 w ciągu 15 lat dzięki poprawie produktywności (Chisholm i in., 2016). W kontekście farmakologii koszty stanowią 20–30% wydatków na zdrowie psychiczne (Cipriani i in., 2018). Nowsze badania, takie Christensena i in. (2022), pokazują, że nadmierne koszty związane z współwystępującymi chorobami somatycznymi u osób z zaburzeniami psychicznymi wynoszą dodatkowe 20–30% wydatków zdrowotnych. Raport Deloitte (2024) podkreśla, że nierówności w zdrowiu psychicznym mogą generować dodatkowe 14 bilionów USD kosztów do 2040 roku, jeśli nie zostaną odpowiednio zaadresowane.

Zaburzenia psychiczne stanowiły ósmą przyczynę obciążenia chorobowego w populacji ogólnej, z dominującym komponentem YLD (1749,2/100 tys. ludności) nad YLL (0,7/100 tys.), co wskazuje na przewlekły charakter tych schorzeń, obniżający jakość życia bez znaczącego wzrostu śmiertelności (Topór-Mądry i in., 2025). Udział chorób i zaburzeń psychicznych w całkowitym DALY wynosił ok. 4-5%, z wyższym obciążeniem u kobiet oraz zróżnicowaniem ze względu na regiony, tj. od miejsca piątego do dziewiątego w zależności od województwa.

Regionalne zróżnicowania ujawniają nierówności: najwyższe obciążenie DALY obserwowano w województwach łódzkim (41 089,1/100 tys. kobiet) i warmińsko-mazurskim, z zaburzeniami psychicznymi przyczyniającymi się do 8-10% utraty zdrowia, podczas gdy w małopolskim i podkarpackim wartości były niższe (32 354-32 636/100 tys.).

Lekooporność jako wyzwanie dla ochrony zdrowia psychicznego

Lekooporność stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnej psychiatrii. Pomimo postępu farmakoterapii i psychoterapii, wciąż znaczna grupa pacjentów nie uzyskuje wystarczającej poprawy klinicznej. Zjawisko to prowadzi do przewlekłości choroby, zwiększonego ryzyka nawrotów, pogorszenia jakości życia oraz obciążenia systemu opieki zdrowotnej. Definicje lekooporności różnią się w zależności od jednostki chorobowej, lecz zasadniczo odnoszą się do braku odpowiedzi na co najmniej dwie interwencje terapeutyczne prowadzone w odpowiednich dawkach i czasie (Kane i in., 1988; Rush i in., 2006; Mrazek i in., 2014).

W dużej depresji jednobiegunowej około 30% pacjentów nie odpowiada na dwie próby leczenia przeciwdepresyjnego (Rush i in., 2006; Mrazek i in., 2014). W badaniu STAR*D wykazano, że odsetek remisji maleje z każdą kolejną linią terapii – po czwartej skuteczność nie przekracza 13% (Rush i in., 2006). Według danych NFZ (2024) z powodu depresji leczonych jest w Polsce ok. 1,2 mln osób, co oznacza, że problem depresji lekoopornej dotyczy 360–600 tys. pacjentów.

W schizofrenii lekooporność rozpoznaje się u 25–30% chorych (Kane i in., 1988; Howes i in., 2017). Biorąc pod uwagę populację pacjentów w Polsce (200–400 tys.; European Brain Council, 2021), daje to 50–120 tys. osób z postacią lekooporną. Kłozapina pozostaje jedynym lekiem o udokumentowanej skuteczności w tej grupie, choć jej stosowanie obarczone jest ryzykiem działań niepożądanych.

W chorobie afektywnej dwubiegunowej oporność depresji dwubiegunowej sięga 25–35% (Pacchiarotti i in., 2013; Malhi i in., 2018). Przy częstotliwości występowania rzędu 1% dorosłej populacji (ok. 380 tys. osób w Polsce), liczbę pacjentów z depresją dwubiegunową lekooporną szacuje się na 95–133 tys.

W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym (OCD) 25–40% pacjentów nie uzyskuje poprawy po leczeniu pierwszorzutowym (SSRI, terapia poznawczo-behawioralna z ekspozycją i powstrzymywaniem reakcji; Pallanti i in., 2002). W Polsce, przyjmując częstość OCD na poziomie 1% populacji dorosłych, liczba osób z lekoopornością wynosi ok. 95–152 tys.

W zespole stresu pourazowego (PTSD) 35–45% pacjentów nie odpowiada na terapie pierwszego wyboru (Watts i in., 2013; Hoskins i in., 2015). Według badań EZOP II (Moskalewicz & Wciórka, 2021), PTSD dotyczy ok. 2% dorosłej populacji w Polsce (760 tys. osób), co oznacza, że problem lekooporności występuje u 266–342 tys. pacjentów.

W uogólnionym zaburzeniu lękowym (GAD) odsetek pacjentów opornych wynosi 40–50% (Baldwin i in., 2011). W innych zaburzeniach lękowych, takich jak fobia społeczna czy zaburzenie paniczne, odsetek ten sięga 30–60% (Bystritsky, 2006). Dane NFZ wskazują, że zaburzenia lękowe w Polsce występują u co najmniej 5% populacji (1,9 mln osób), a zatem lekooporność może dotyczyć 750–950 tys. pacjentów.

W zaburzeniach odżywiania odsetek oporności zależy od jednostki: w anoreksji 40–50%, a w bulimii i napadowym objadaniu się 20–30% (Watson & Bulik, 2013). W Polsce, gdzie zaburzenia odżywiania dotyczą ok. 0,5% populacji (190 tys. osób; NFZ, 2023), problem lekooporności obejmuje kilkadziesiąt tysięcy pacjentów.

W parafiliach brak jest danych epidemiologicznych, lecz obserwacje kliniczne wskazują, że ponad 30% pacjentów nie uzyskuje trwałej poprawy pomimo stosowania terapii (Thibaut i in., 2010).

W psychogeriatricznym problem lekooporności dotyczy szczególnie depresji późnego wieku – 40–55% pacjentów nie odpowiada na leczenie pierwszorzutowe (Nelson & Devanand, 2011). Według GUS (2023) populacja osób 60+ wynosi 7 mln, co oznacza, że liczba pacjentów z depresją lekooporną w tej grupie sięga 140–192 tys. Dodatkowo w psychozach otępiennych skuteczność farmakoterapii jest ograniczona (Schneider i in., 2005).

W całościowych zaburzeniach rozwoju (ASD) u dorosłych oporność dotyczy głównie leczenia objawów współwystępujących. Szacuje się, że 30–50% pacjentów nie uzyskuje poprawy (Jobski i in., 2017; Veenstra-VanderWeele, Warren, 2015). Przyjmując częstość ASD na poziomie 1% dorosłych (380 tys. osób), problem dotyczy 114–190 tys. pacjentów.

Tabela 1. Szacunki liczby pacjentów z lekoopornością w Polsce (NFZ, EZOP II, GUS, dane epidemiologiczne)

Jednostka chorobowa	Częstość w populacji	Liczba pacjentów	Szacowana lekooporność (%)	Liczba pacjentów lekoopornych
Depresja jednobiegunowa	~3% dorosłych (1,2 mln)	1 200 000	30–50%	360 000 – 600 000
Schizofrenia	0,5–1% (200–400 tys.)	200 000 – 400 000	25–30%	50 000 – 120 000
Choroba afektywna dwubiegunowa	~1% (380 tys.)	380 000	25–35%	95 000 – 133 000
OCD	~1% (380 tys.)	380 000	25–40%	95 000 – 152 000
PTSD	~2% (760 tys.)	760 000	35–45%	266 000 – 342 000
Zaburzenia lękowe (GAD, paniczne, fobia społeczna)	~5% (1,9 mln)	1 900 000	30–50%	750 000 – 950 000
Zaburzenia odżywiania	~0,5% (190 tys.)	190 000	20–50%	38 000 – 95 000
Parafilie	brak danych	~50 000 (szacunki kliniczne)	>30%	>15 000
Depresja wieku podeszłego	7 mln osób 60+	7 000 000	40–55%	140 000 – 192 000
ASD (dorośli)	~1% (380 tys.)	380 000	30–50%	114 000 – 190 000

Adnotacje. W opracowaniu korzystano z materiałów i raportów NFZ (2023, 2024), EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021), GUS (2023); dane epidemiologiczne wg literatury przedmiotu.

Podsumowanie

- 1) Główną przyczyną nieefektywności nakładów na leczenie zaburzeń psychicznych jest **trwała i dobrze udokumentowana „luka w leczeniu”** rozumiana jako różnica między liczbą osób z rozpoznawalnymi zaburzeniami psychicznymi, DALYs a odsetkiem tych, którzy otrzymują co najmniej minimalnie adekwatne leczenie. Analizy WHO wskazują, że już przed pandemią luka w systemie ochrony zdrowia psychicznego dorosłych z depresją lub zaburzeniami lękowymi była znacząca. Osoby te nie otrzymywały leczenia spełniającego minimalne standardy jakości, a pandemia COVID-19 dodatkowo pogłębia tę nierównowagę, zwiększając rozpowszechnienie depresji i lęku o około 25% (WHO, 2022a, 2022b).
- 2) Badania Bogusławskiego i in. (2025) pokazały, że 24,5% mężczyzn i 20,0% kobiet deklaruje, że w ostatnich 12 miesiącach zrezygnowała z wizyty u psychologa lub psychiatry, pomimo że potrzebowała opieki nad zdrowiem psychicznym. Luka leczenia w badaniach międzynarodowych obejmuje trzy warstwy. Po pierwsze, **niewykrywanie** w podstawowej opiece zdrowotnej zaburzeń psychicznych – niski poziom rozpoznawania depresji w krajach o niskich i średnich dochodach (Fekadu i in., 2022). Po drugie, **niewystarczającą jakość leczenia** – nawet wśród osób pozostających w leczeniu jedynie część otrzymuje leczenie spełniające minimalne kryteria (Puyat i in., 2016). Po trzecie, **przedwczesne przerwanie terapii** i stagnacja na wczesnych etapach ścieżki leczenia – analiza europejska wskazała na liczne „wąskie gardła” między rozpoznaniem a dostępem do kompleksowej opieki (Strawbridge i in., 2022).
- 3) Badania międzynarodowe potwierdzają zbyt częstą **nieadekwatność leczenia** w publicznej ochronie zdrowia. W 21 krajach jedynie około 20% osób z epizodami dużej depresji w krajach wysokodochodowych i zaledwie 4% w krajach o niższych dochodach otrzymało leczenie spełniające minimalne kryteria standardu leczenia (Thornicroft i in., 2017). W przypadku zaburzeń lękowych odsetek ten był jeszcze niższy – mniej niż 1 na 10 pacjentów miało dostęp do terapii uznawanej za adekwatną (Alonso i in., 2018). Nowsze badania wskazują, że tylko około 11–17% dorosłych z depresją otrzymuje adekwatne leczenie spełniające minimalne standardy profesjonalnej opieki (Mekonen i in., 2021; Neufeld, 2024).
- 4) W Polsce, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, rosnące rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, nasilone przez pandemię COVID-19 (Babicki i in., 2023; Kołodziejczyk i in., 2025; Zhang i in., 2022), wojnę na Ukrainie oraz zmiany klimatyczne, wymaga lepszej odpowiedzi systemu ochrony zdrowia psychicznego. Konflikt zbrojny oraz sytuacja geopolityczna wymaga wdrożenia rozwiązań, które pozwolą podmiotom leczniczym **reagować elastycznie** (tzw. zwinne organizacje) na pojawiające się zagrożenia.
- 5) Personelu medycznego doświadczyła lub doświadcza problemów natury psychicznego po pandemii COVID-19 (Boucher i in., 2025; Gawrych 2022; Tomaszewska i in., 2024).

Z perspektywy wyzwań stojących przed Polską, zdrowie psychiczne mieszkańców oraz zdrowie psychiczne personelu medycznego może stać się krytycznym obszarem w potencjalnych kryzysach epidemiologicznych lub konfliktu zbrojnego. Jak pokazały okres pandemii COVID-19, centra zdrowia psychicznego w pilotażu NPOZP bardzo dobrze poradziły sobie z wyzwaniami (Lisiecka-Biełanowicz i in., 2023). Dlatego centra zdrowia psychicznego powinny być zaliczone do **podmiotów leczniczych opieki psychiatrycznej krytycznej infrastruktury państwa**.

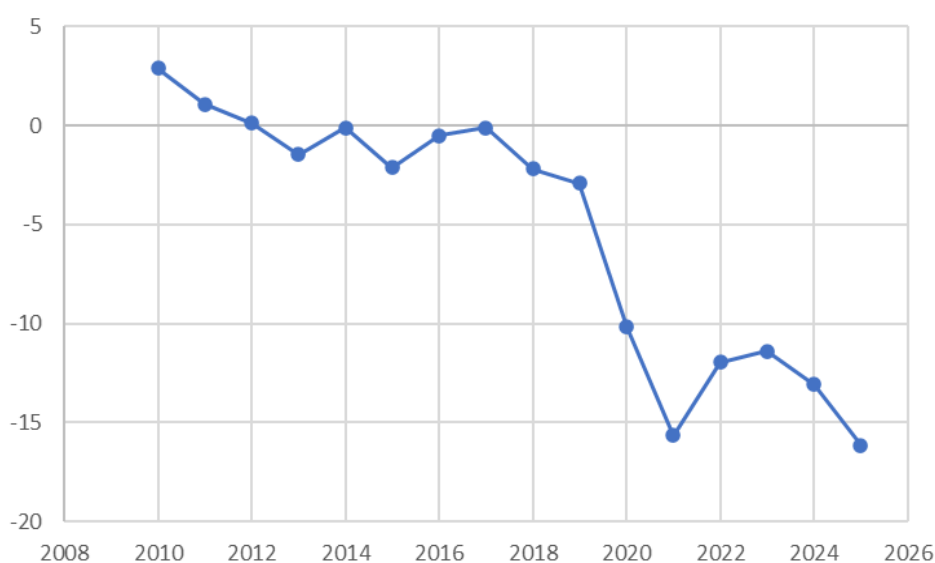
- 6) Lekooporne choroby psychiczne stają się wyzwaniem dla skutecznych terapii i leczenia. System ochrony zdrowia psychicznego wymaga **większego różnicowania i dostosowania się do wyzwań zdrowotnych**. Tworzenie specjalistycznych programów i procedur, w tym diagnostycznych, oraz wsparcie w koordynacji pacjenta jest niezbędne, aby osiągać efekty zdrowotne w tej grupie pacjentów.
- 7) Patel i in. (2018, 2023) wskazują, że niezbędne jest przyjęcie **nowego paradygmatu** w organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego podkreślając specyfikę leczenia w zakresie zaburzeń psychicznych oraz dostosowanie organizacji systemu i oferowanych usług do zmieniających się potrzeb populacyjnych.

Epidemiologia zaburzeń psychicznych w Polsce

Wyzwania demograficzne

Epidemiologia zaburzeń psychicznych powinna być analizowana szerzej, tj. w kontekście sytuacji demograficznej Polski. W 2023 r. oczekiwana długość życia mężczyzn wynosiła około 75 lat, a kobiet 82 lata (GUS, 2024; Eurostat, 2024; Wojtyniak i Smaga, 2025). W systemie ochrony zdrowia psychicznego trzy czynniki będą stanowiły główne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia: starzejące się społeczeństwo, malejący przyrost naturalny i spadek liczby urodzeń. Te czynniki będą miały wpływ na strukturę zaburzeń psychicznych.

Rysunek 1. Przyrost naturalny w przeliczeniu na 1.000 mieszkańców Polski (GUS, 2025)



Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie BDL GUS [Tabl. 07. Stan i ruch naturalny ludności](#)

Ludność Polski systematycznie maleje w tempie kilkunastu osób rocznie na 1.000 mieszkańców, przy czym widoczne są różnice pomiędzy regionami. W okresie trwania pilotażu zaszły duże zmiany w populacji nim objętej. Prognozy wskazują, że trend ten będzie się utrzymywał, co będzie miało wpływ na oszacowanie budżetów populacyjnych na podstawie liczby mieszkańców i stabilność finansową centrów zdrowia psychicznego.

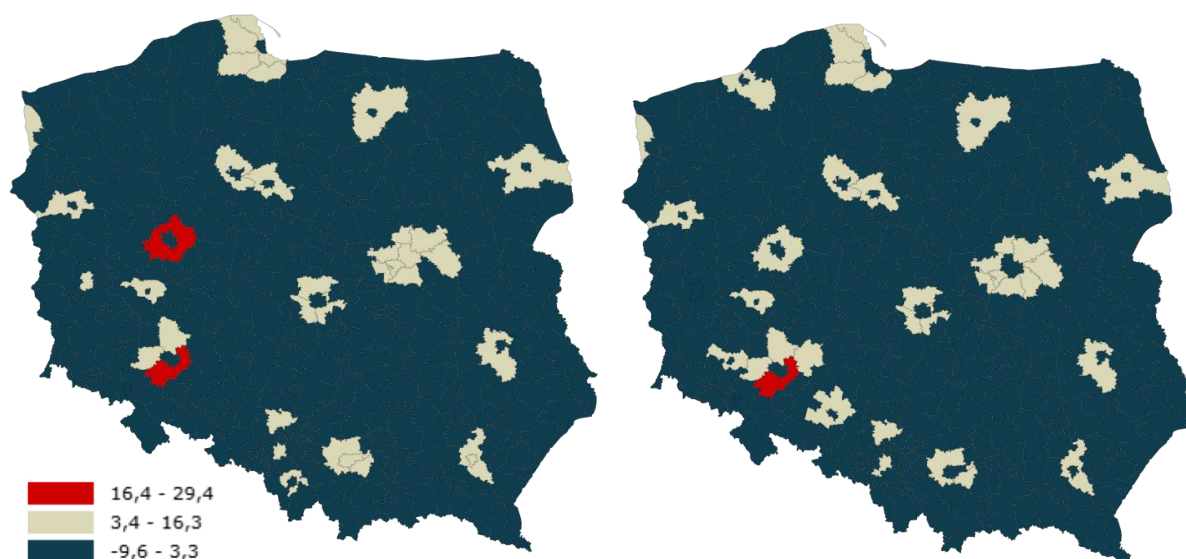
Liczba mieszkańców pełnoletnich na przestrzeni lat 2018 - 2024 na obszarze pilotażu zmniejszyła się o ok. 100.000 osób. To tak, jakby zniknęło przeciętne centrum zdrowia psychicznego. Tabela poniżej pokazuje efekty migracji w okresie pilotażu, które nie pozostały bez wpływu na sposób obliczania budżetów centrum zdrowia psychicznego. Kolorami oznaczono kierunek tej zmiany: negatywny kolorem czerwonym, pozytywnym kolorem zielonym oraz neutralny dla budżetu centrum kolorem szarym.

Tabela 2. Zmiana ludności na obszarach pilotażu w okresie od 2018 do 2024 (BDL GUS)

Liczba porządkowa	2018	2024	Różnica bezwzględna	Zmiana	Różnica względna
2	135 286	128 639	-6 647		95%
3	185 256	173 051	-12 205		93%
4	129 462	122 533	-6 929		95%
5	147 035	138 243	-8 792		94%
6	109 169	100 306	-8 863		92%
7	118 854	126 614	7 760		107%
8	200 129	193 256	-6 873		97%
9	182 958	189 812	6 854		104%
10	144 364	141 103	-3 261		98%
11	150 740	143 479	-7 261		95%
12	145 073	138 007	-7 066		95%
13	87 926	84 431	-3 495		96%
14	178 182	199 612	21 430		112%
15	140 711	133 448	-7 263		95%
16	252 107	252 645	538		100%
17	274 448	269 441	-5 007		98%
18	56 374	56 309	-65		100%
19	144 513	140 943	-3 570		98%
20	73 382	67 147	-6 235		92%
21	114 744	109 432	-5 312		95%
22	157 095	153 709	-3 386		98%
24	158 699	150 730	-7 969		95%
25	95 314	87 976	-7 338		92%
26	121 011	108 324	-12 687		90%

Adnotacje. Liczba porządkowa z Załącznika nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U.2024.875). Uwzględniono wyłącznie kody TERYT na poziomie powiatu pomijając populacje z gmin (jeżeli dotyczy). Z powodu braku danych w BDL GUS dla obszarów LP: 1; 23 oraz 27 pominięto je w Tabeli.

Rysunek 2. Saldo migracji wewnętrznych na 1.000 mieszkańców w podziale na powiaty w 2018 i 2024 roku.



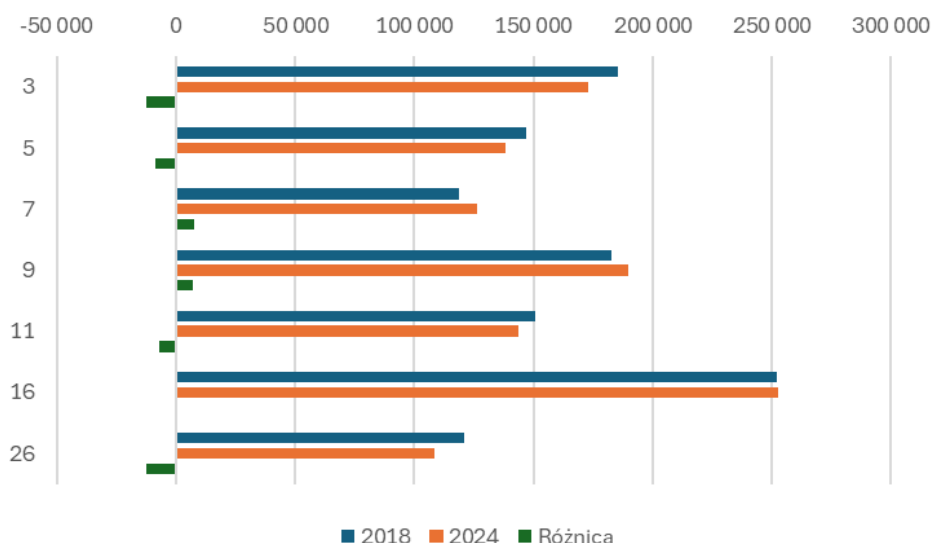
Adnotacje. Mapa opracowana na podstawie danych GUS - [Atlas Regionów](#).

Saldo migracji wewnętrznych na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty Polski w latach 2018–2024 pokazują silną polaryzację demograficzną kraju z dominującą depopulacją peryferyjnych obszarów i koncentracją ludności w metropoliach. Większość powiatów – docelowych obszarów odpowiedzialności terytorialnej centrum zdrowia psychicznego - na wschodzie, południu i w centrum ma ujemne saldo migracyjne. Wielkość tej zmiany świadczy o masowym odpływie mieszkańców z terenów wiejskich i małych miast.

Saldo dodatnie ogranicza się do nielicznych aglomeracji, takich jak okolice Warszawy, Krakowa, Wrocławia i Poznania. Tylko pięć województw (mazowieckie, pomorskie, małopolskie, wielkopolskie i dolnośląskie) notuje długoterminowy przyrost, co podkreśla analizę wpływu migracji na stabilność podmiotów leczniczych przy projektowaniu budżetów populacyjnych i odnoszących się do nich wskaźników.

Ośrodki wielkomiejskie mają względnie stabilną sytuację demograficzną, jeżeli zachodzą w nich zmiany to *in plus*. Duże miasta i powiaty wokół nich (tzw. obwarzanek wielkomiejski) odnotowują największe dodatnie saldo migracyjne. Poniżej Rysunek 3 przedstawia zmiany ludności uwzględnianej w wyliczaniu budżetu populacyjnego w wybranych obszarach odpowiedzialności terytorialnej centrum zdrowia psychicznego. Zmiany demograficzne powodują zmiany w budżetach populacyjnych. Przekłada się to milionowe korekty w skali całego pilotażu.

Rysunek 3. Wybrane obszary centrum zdrowia psychicznego z największymi migracjami in plus i in minus w okresie 2018 - 2024 (BDL GUS)



Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie BLD GUS. Na osi prawej jest numer liczby porządkowej z Załącznika nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U.2024.875).

Korekty *in plus* mają swoje konsekwencje dotyczące zdolności systemu (*capacity*) do przyjmowania nowych napływających pacjentów, w konsekwencji do osiągania zakładanych wielkości we wskaźnikach. Tabela 3 poniżej przedstawia pięć obszarów z największym saldem dodatnim w migracjach w latach 2018 - 2024.

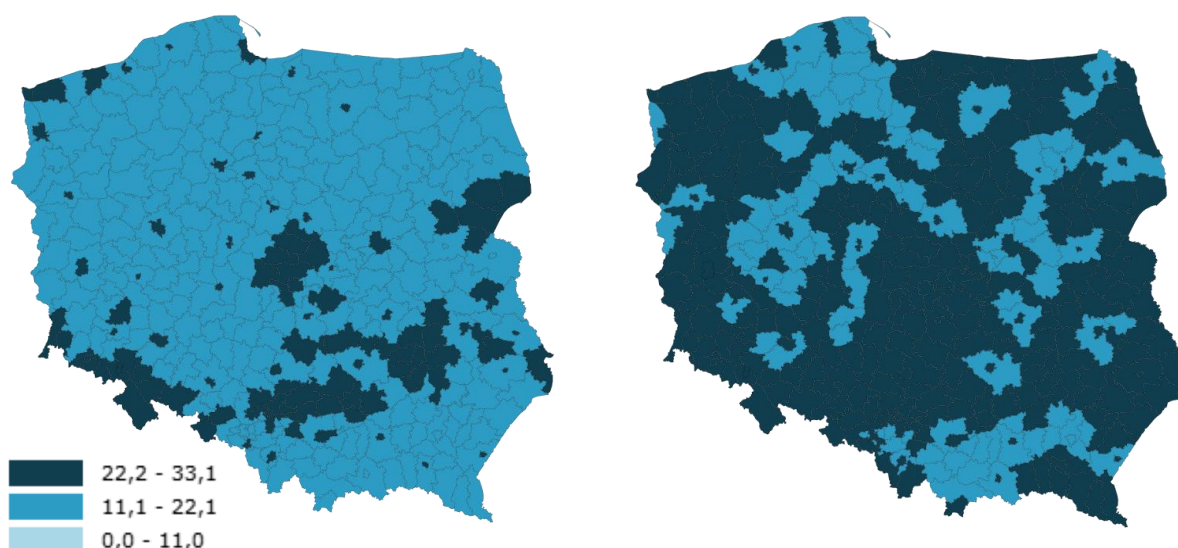
Tabela 3. Wybrane obszary centrum zdrowia psychicznego z największymi migracjami dodatnimi

Obszar	Migracje 2018-2024
M. st. Warszawa	+ 77 707
w tym Białotłęka	+ 32 066
Kraków	+ 35 216
Wrocław	+ 30 598
Powiat piaseczyński	+ 30 445
Gdańsk	+ 21 159

Adnotacje. Na podstawie danych z BDL GUS

Drugim kluczowym wskaźnikiem demograficznym jest zmiana struktury wiekowej. Od momentu uruchomienia pilotażu NPOZP w 2018 roku w większości obszarów nim objętych istotnie zwiększyła się liczba osób w wieku poprodukcyjnym.

Rysunek 4. Zmiana wielkości populacji w wieku poprodukcyjnym w latach 2018 – 2023 (GUS BDL)



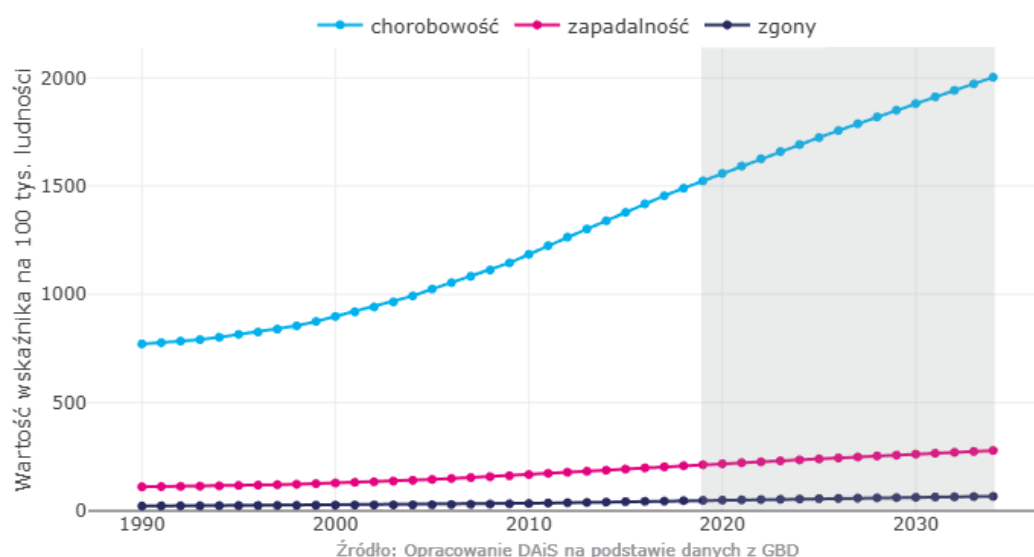
Adnotacje. Mapa opracowana na podstawie danych GUS - [Atlas Regionów](#).

Rysunek 4 przedstawia przestrzenne zróżnicowanie udziału populacji seniorów (osób w wieku 60/65 lat i starszych) w populacji ogólnej w powiatach w okresie trwania pilotażu. Widoczny jest ogólny wzrost tego wskaźnika, z nasileniem w centralnej, południowej i częściowo wschodniej Polsce, pogłębiając regionalne dysproporcje demograficzne i zwiększając obciążenie systemów opieki zdrowotnej w tych regionach, w tym podstawowej opieki zdrowotnej. Prognozowany wzrost odsetka seniorów do 27% populacji ogólnej do 2030 r. może podnieść zapotrzebowanie na interwencje w zaburzeniach organicznych i poznawczych o 20–30%. Poniżej prognoza epidemiologiczna dla wybranych chorób i zaburzeń psychicznych w podziale na zapadalność i chorobowość³.

³ Chorobowość - w ramach metodyki GBD oznacza liczbę wszystkich przypadków danego problemu zdrowotnego z uwzględnieniem nowych przypadków dotkniętych danym problemem zdrowotnym, zarejestrowanych w przeciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1-go stycznia do 31-go grudnia w określonej populacji. Liczba ta uwzględnia osoby, które zachorowały i zmarły w przeciągu danego roku oraz te, które zachorowały w roku poprzednim i zmarły lub zostały wyleczone w danym roku.

Zapadalność - w ramach metodyki GBD oznacza liczbę nowych przypadków danego problemu zdrowotnego w ciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1-go stycznia do 31-go grudnia w określonej populacji. Nowy przypadek jest uwzględniany również w sytuacji, gdy pacjent zmarł zaraz po diagnozie.

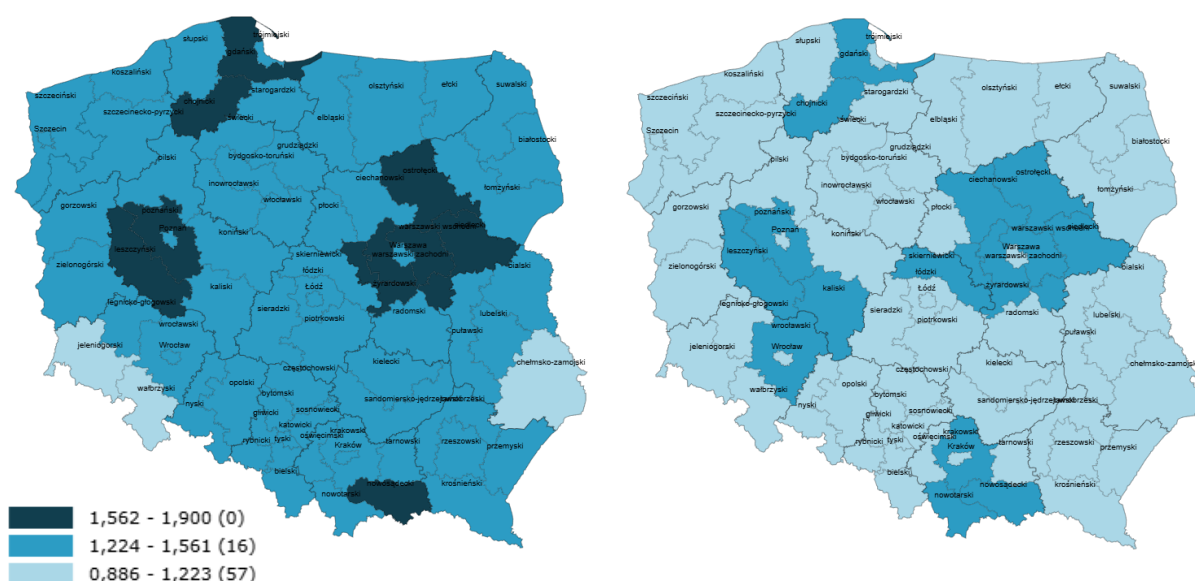
Rysunek 5. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych



Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Trzecim wyzwaniem jest organizacja przejścia z psychiatrii dziecięcej do psychiatrii dorosłych. W badaniach związanych z zachowaniem ciągłości leczenia wskazuje się na **lukę** w systemach ochrony zdrowia w tym obszarze. Problem ten będzie miał coraz mniejsze znaczenie wraz ze spadkiem narodzin. Niemniej kompleksowe i “skoordynowane” leczenie rodzin (dorosłego oraz niepełnoletniego) pozostaje nadal wyzwaniem organizacyjnym i prawnym. Brak koordynacji obserwowano w pilotażu centrum zdrowia psychicznego nawet wtedy, gdy w ramach jednego podmiotu leczniczego funkcjonowały centra zdrowia psychicznego i ośrodki psychiatrii dziecięcej. Uspójnienie planów terapeutycznych opiekuna prawnego i dziecka nie było powszechną praktyką, choć z perspektywy celów leczenia oraz jego efektywności byłoby to konieczne.

Rysunek 6. Zróżnicowanie we współczynniku dzietności w latach 2018 – 2024 (BDL GUS)



Adnotacje. Mapa opracowana na podstawie danych GUS - [Atlas Regionów](#).

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w 2023 r. pokazuje, że po latach pandemii COVID-19, kiedy nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków, podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację zdrowotną w znacznym stopniu powróciły do okresu sprzed pandemii, a często przyjęły bardziej korzystne wartości. **Nie dotyczy to zaburzeń i chorób psychicznych, gdzie obserwuje się odwrotny trend.** Prognozowane zmiany obejmują rzeczywisty wzrost zaburzeń psychicznych w następujących grupach:

- depresja (w tym późnego wieku) – wzrost o 10–20% do 2040 r., głównie dzięki zwiększonej liczbie seniorów i zwiększający się poziom ich poczucia osamotnienia
- schizofrenia i inne psychozy – wzrost o 5–10%, przy stabilnym rozpowszechnieniu, ale większej przewlekłości choroby;
- choroba afektywną dwubiegunową – wzrost o 10–15%;
- OCD i GAD – wzrost o 10–20%;
- PTSD i inne zaburzenia lękowe – wzrost o 20–25%, związany z kryzysami społecznymi, wojennymi i pandemicznymi;
- zaburzenia odżywiania – wzrost o 15–20% w młodszych kohortach;
- ASD u dorosłych – wzrost rejestrowanej populacji o 20%, dzięki lepszej wykrywalności i diagnostyce;
- parafilie – brak wzrostu do 2040 roku.

Jednym z wyzwań przed jakim stoi ochrona zdrowia psychicznego jest profilaktyka samobójstw. W 2023 roku samobójstwa były najczęstszą przyczyną zgonów w populacji osób w wieku 15–44 lata, a szacuje się, że liczba prób samobójczych jest 20 razy wyższa niż liczba samobójstw. Wzrasta liczba samobójstw popełnianych przez ludzi młodych. Około 90% przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, narkotyki i inne (Biechowska i Sowińska, 2025).

Statystyki wskazują na systematyczny wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce (por. Biechowska i Sowińska, 2025), gdzie według EZOP II u 20,9% badanych rozpoznano przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia (z 18 zdefiniowanych według ICD-10 i DSM-IV). W porównaniu z EZOP I nie zmieniła się liczba osób chorujących na dwa zaburzenia oraz wzrosła grupa z trzema lub więcej – szacowana na blisko 330 tys. osób. Najczęściej mieszkańcy Polski chorują na zaburzenia nerwicowe (ok. 10% populacji, w tym fobie swoiste 4,8% i PTSD 1,9%), zaburzenia nastroju (3,6%, z depresją na poziomie 3,4%, która staje się coraz większym problemem społecznym) oraz impulsywne zachowania (11,5%).

Tabela 4. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych – stan na 2020 rok (EZOP II)

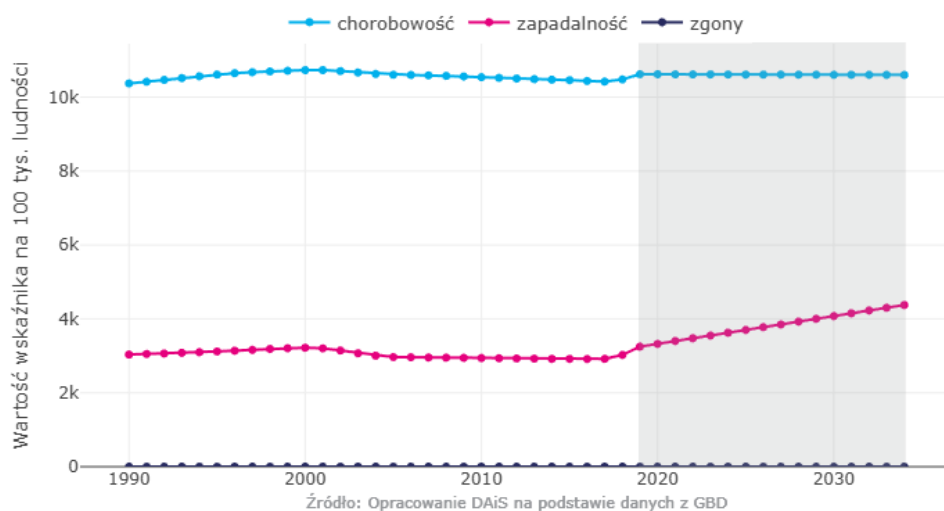
Zaburzenia 2020 rok	Rozpowszechnienie w skali 1 roku	Ekstrapolowana liczebność
Jakiegokolwiek	7,93%	2 495 300
Jedno	5,8%	1 823 200
Dwa	1,5%	471 100
Trzy	0,3%	104 600
Dwa lub więcej	2,1%	672 100
Trzy lub więcej	0,6%	201 000

Adnotacje. Tabela opracowana na podstawie Moskalewicz i Wciórka (2021)

Projekcje demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego (GUS, 2023) wskazują na spadek populacji ogólnej z ok. 37,4 mln w 2025 r. do 35,3 mln w 2040 r. Jednocześnie przewiduje się wzrost populacji osób powyżej 65. roku życia. Jest to predyktor wzrostu obciążenia systemu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej w obszarze chorób przewlekłych. Według EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021) oraz analiz NFZ (2024) **liczba pacjentów z głównymi zaburzeniami psychicznymi nie spadnie proporcjonalnie do liczby ludności, lecz wzrośnie.**

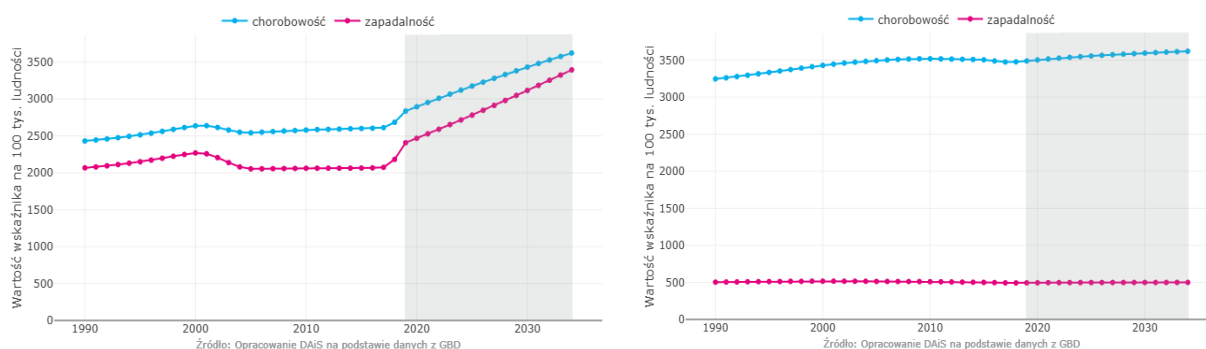
Mimo prognozowanego spadku populacji ogólnej o 6% do 2040 r., liczba osób z zaburzeniami psychicznymi może wzrosnąć o 10–20%, a w przypadku zaburzeń lękowych i PTSD nawet o 25%. Poza wyżej wymienionymi czynnikami ryzyka dla systemu ochrony zdrowia ważnym jest także kumulacja chorób przewlekłych.

Rysunek 7. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla zaburzeń i chorób psychicznych



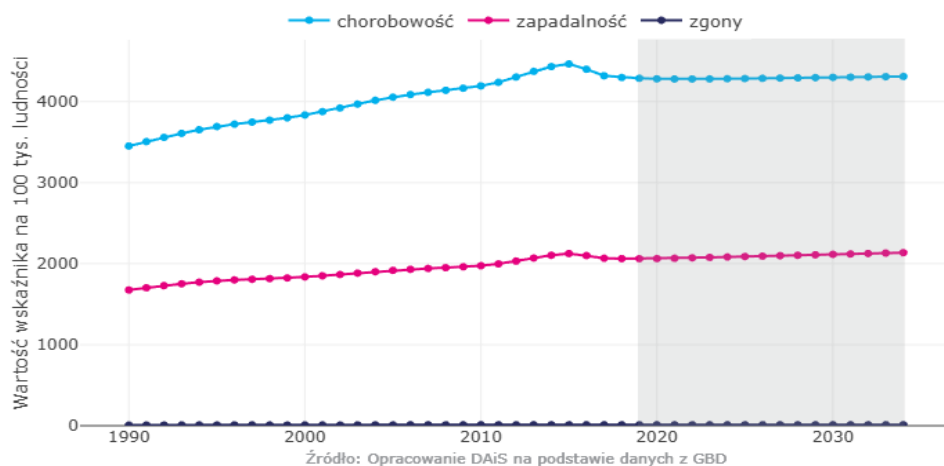
Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Rysunek 8. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla zaburzeń depresyjnych (lewy wykres) oraz zaburzeń lękowych (prawy wykres)



Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Rysunek 9. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla choroby chorób spowodowanych uzależnieniem od alkoholu



Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Analiza Bogusławskiego i in. (2025) porównuje dane epidemiologiczne z 2018 do 2025 roku. Obserwuje się w niej niemal podwojenie rozpowszechnienia depresji umiarkowanej. W 2025 r. dotyczy to 16,2% mężczyzn i 19,9% kobiet, co stanowi niemal podwojenie w porównaniu do 2018 r. (8,4% i 10,7%). Miało istotny wpływ na zdolności objęcia opieką mieszkańców przez centrum zdrowia psychicznego. Ponadto, szczególne obciążenie depresją umiarkowaną występuje w wieku produkcyjnym (20–39 oraz 40–59 lat) oraz wśród seniorów (75+). W tym samym badaniu objawy lęku uogólnionego deklaruje 17,8% mężczyzn i 20,7% kobiet.

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w podstawowej opiece zdrowotnej

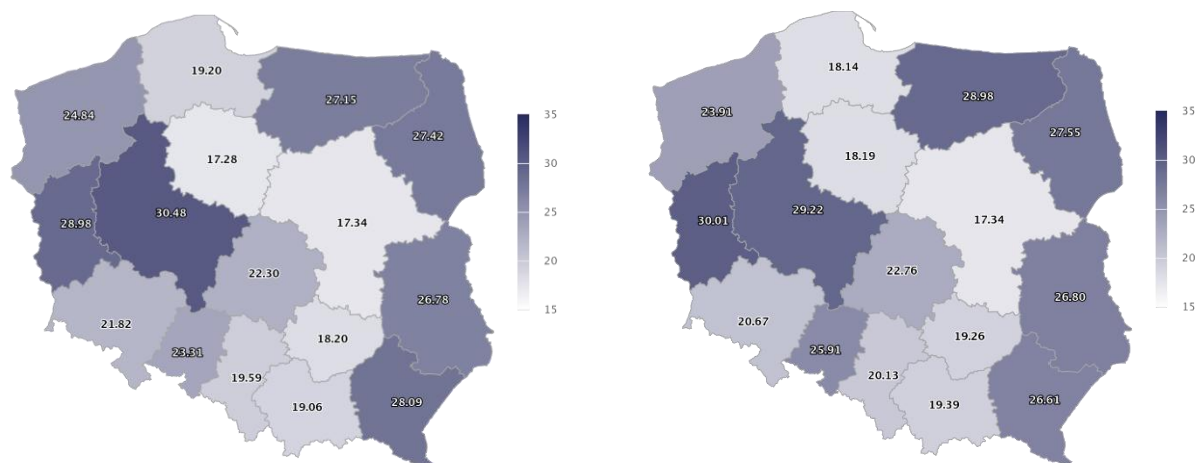
W latach 2018–2024 sektor podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce doświadczył znaczącego wzrostu obciążenia związanego z leczeniem zaburzeń psychicznych, co odzwierciedla szersze trendy epidemiologiczne, takie jak nasilenie problemów psychicznych po pandemii COVID-19, starzenie się społeczeństwa oraz rosnąca świadomość zdrowotną. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na systematyczny przyrost liczby pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przy dużym zróżnicowaniu regionalnym. Biorąc pod uwagę zmniejszanie się populacji Polski wskazuje to na rosnące zapotrzebowanie na usługi POZ. Poniżej przedstawiono rozszerzoną analizę kluczowych trendów, opartą na statystykach NFZ, raportach GUS oraz badaniach epidemiologicznych.

Po uwzględnieniu skumulowanej inflacji w Polsce w okresie od końca 2018 r. do końca 2024 r. (wynoszącej około 47%, na podstawie rocznych wskaźników CPI: 2,23% w 2019, 3,39% w 2020, 5,06% w 2021, 14,43% w 2022, 11,53% w 2023 i 3,72% w 2024), budżet na podstawową opiekę zdrowotną zmienił się realnie następująco:

- w 2018 r. nominalny wyniósł 11 166 056 tys. zł,
- w 2024 r. nominalny budżet to 20 168 416 tys. zł; zmiana procentową w postaci realnego wzrostu (po uwzględnieniu skumulowanej inflacji) wyniosła ok. 23 % w porównaniu do skorygowanego budżetu z 2018 r.;

Chociaż nominalny wzrost wyniósł 80,62%, ale po uwzględnieniu inflacji realny przyrost środków jest znacznie niższy, co wskazuje na częściowe dostosowanie do wzrostu cen, ale nie w pełni pokrywające dynamikę inflacyjną (zwłaszcza wysoką w latach 2021-2023).

Rysunek 10. Liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej na 100.000 mieszkańców w 2018 i 2024 roku



Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Wskaźnik pacjentów na 100 tys. mieszkańców zwiększył się z około 407 do 493 (wzrost o 21%), mimo spadku populacji ogólnej o 2,3% (z 31,5 mln do 30,7 mln). Ten trend wynika głównie z depopulacji i starzenia się społeczeństwa, co podnosi obciążenie *per capita*. Jednocześnie w 2023 r. NFZ odnotował 809 tys. świadczeń z rozpoznaniem depresji, w tym 109 tys. epizodów depresyjnych, z czego 75% dotyczyło kobiet. Prognozy na 2025 r. przewidywały dalszy wzrost o 10–15%, którego przyczyną są długoterminowe skutki pandemii, takie jak chroniczny stres i izolacja społeczna oraz sytuacja związana z konfliktem zbrojnym za wschodnią granicą Polski.

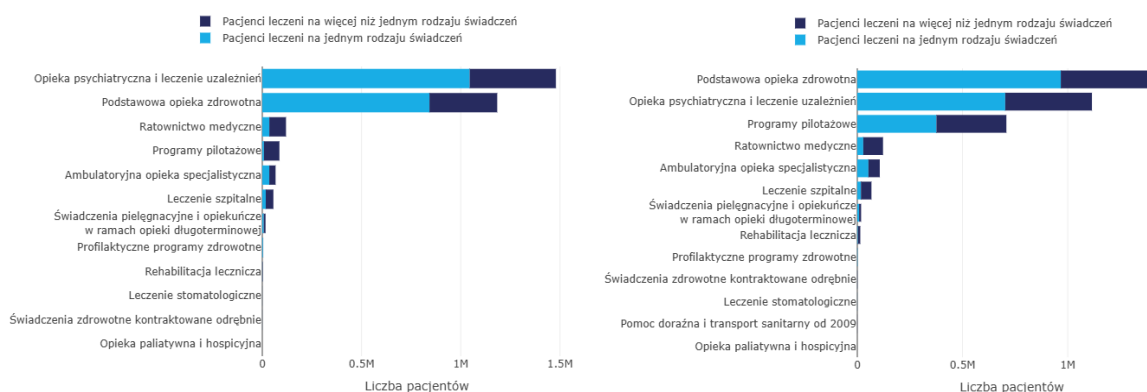
Największy przyrost leczonych z powodu zaburzeń i chorób psychicznych w podstawowej opiece w latach 2018 – 2024 dotyczył następujących rodzajów:

- **Zaburzenia lękowe:** Z 515 tys. do 562 tys. pacjentów (ok. +9%), co stanowi około 37% wszystkich przypadków w POZ. Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców wzrósł z 1636 do 1829. Trend ten koreluje z pandemią – w 2024 r. ok. 43% Polaków zgłaszało nasilone lęki.
- **Zaburzenia nastroju (w tym depresja):** Z 252 tys. do 306 tys. (ok. +22%), z wskaźnikiem rosnącym z 799 do 997 na 100 tys. Szacuje się, że w Polsce na depresję choruje 1,2 mln osób, a w 2023 r. absencja chorobowa z tego powodu osiągnęła 30,3 mln dni (11% wszystkich zwolnień). W 2025 r. oczekiwany jest dalszy wzrost o 5–10%, szczególnie wśród kobiet i osób starszych.
- **Uzależnienia:** Z 74 tys. do 99 tys. (ok. +34%), z wskaźnikiem z 234 do 321 na 100 tys. Obejmuje to głównie uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych; w 2024 r. NFZ zanotował 34% wzrost pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i nadpobudliwością.

- **Zaburzenia organiczne:** Z 257 tys. do 293 tys. (ok. +14 %), związane ze starzeniem się populacji – do 2030 r. odsetek osób 65+ wzrośnie do 27%, co zwiększy obciążenie o 20–30%.

W analizowanym okresie spadła liczba pacjentów leczonych wyłącznie w podstawowej opiece zdrowotnej z powodu zaburzeń psychicznych. Poniżej przedstawiono zmianę w grupach pacjentów leczonych w jednym lub więcej niż jednym zakresie świadczeń pomiędzy rokiem 2018 i 2024.

Rysunek 11. Struktura zakresu leczenia pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w 2018 i 2024 roku



Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Porównanie roku 2018 i 2024 w podstawowej opiece zdrowotnej w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wskazuje na różnicowanie świadczeń i opiekę diagnostyczną. Spowodowane to było głównie zmianami legislacyjnymi. Uwagę zwraca fakt, że w stosunku do roku 2018, w grupie pacjentów z chorobami psychicznymi obserwuje się wzrost liczby usług (ok. 2,5 mln do 2,9 mln), ale zdecydowanie jest mniej wizyt (pielęgniarki lub lekarza) w miejscu pobytu pacjenta. Wizyty środowiskowe mogą stanowić coraz mniejszą liczbę udzielanych świadczeń, także z powodu sytuacji, które powodują poczucie zagrożenia wśród personelu medycznego. Tabela poniżej przedstawia skategoryzowane świadczenia dla lat 2018 i 2024.

Tabela 5. Liczba skategoryzowanych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w latach 2018 i 2024

Kategoria świadczenia	2018	2024
Wizyty lekarskie	2 392 042	2 243 666
Świadczenia pielęgniarstwa	569	5 344
Świadczenia w miejscu pobytu/w domu	108 916	59 421
Zlecenia i diagnostyka	1 828	34 291
Teleporady		315 447
Porady recepturowe lekarz lub pielęgniarki		203 296

Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

Po uwzględnieniu struktury pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w podstawowej opiece zdrowotnej

- w 2018 r. liczba unikalnych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych w POZ wyniosła około 1,281,207 (ok. 4,5% wszystkich unikalnych pacjentów),
- w 2024 r. liczba ta wzrosła do około 1,514,876 (ok. 6,5%).

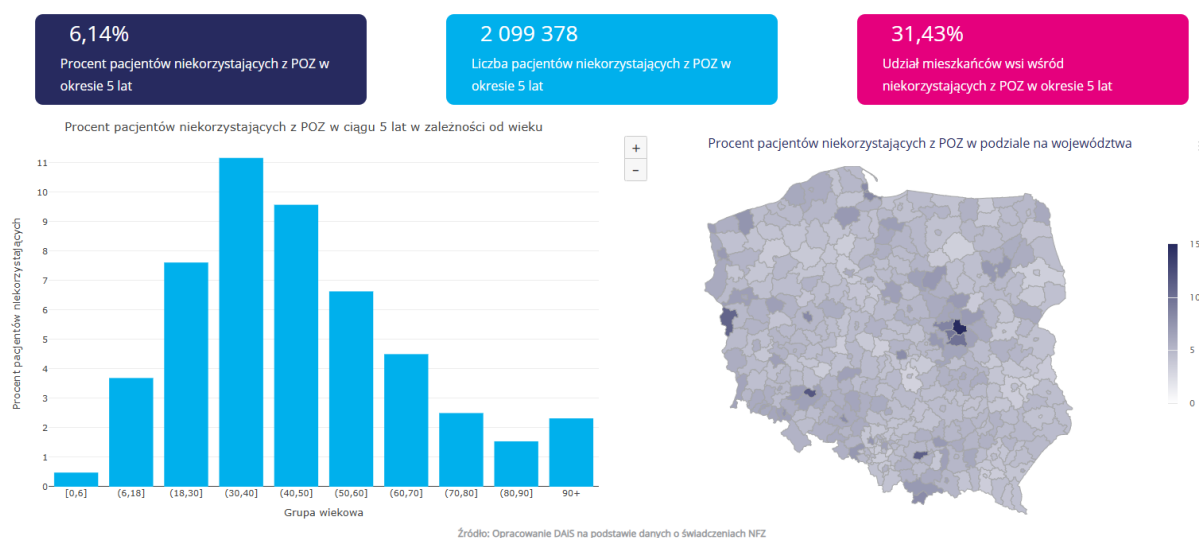
Proste wyliczenie na podstawie struktury pacjentów wskazuje, że szacunkowy budżet nominalny przeznaczony na ich leczenie zmienił się następująco:

- w 2018 r. wyniósł około 543 787 tys. zł;
- w 2024 r. nominalny to około 1 317 000 tys. zł;

Zmiany realne po korekcie o inflację obejmują różnicę absolutną w postaci realnego wzrostu o około 518 mln zł oraz zmianę procentową w postaci realnego wzrostu o około 65% w porównaniu do skorygowanego budżetu z 2018 r. Wskazuje to na rosnące obciążenie systemu POZ kosztami leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi (wzrost liczby pacjentów o ok. 18% w okresie pilotażu).

Potencjalne problemy w koordynacji z podstawową opieką zdrowotną mogą być związane z dużą liczbą mieszkańców niekorzystających z publicznych usług lekarza rodzinnego. W przypadku grup wiekowych doświadczających najbardziej rozpowszechnionego zaburzenia psychicznego – ciężka reakcja na stres, umiarkowane zaburzenia nastroju oraz zaburzenia lękowe - w niektórych powiatach (np. M.st. Warszawa) prawie 25% mieszkańców nie korzysta z publicznej podstawowej opieki zdrowotnej. W skali kraju jest to ponad 2 mln mieszkańców, głównie z ośrodków wielkomiejskich.

Rysunek 12. Mieszkańcy poza publicznym system podstawowej opieki zdrowotnej



Adnotacje. Opracowanie na podstawie danych z [Map potrzeb zdrowotnych](#)

Kolejnym problemem może być niski wskaźnik korzystania z opieki koordynowanej wśród osób z wieku produkcyjnego. Dane z 2024 roku pokazują na wyraźną koncentrację świadczeń koordynowanych wśród starszych grup wiekowych. Na podstawie agregacji liczby świadczeń (zakładając minimalne duplikaty), procentowy udział w całkowitej liczbie 28 690 świadczeń kształtuje się następująco: grupa (70,80] – 31,75%, (60,70] – 27,07%, (80,90] – 14,01%, (50,60] – 13,17%, (40,50] – 8,53%, (30,40] – 4,20%, (18,30] – 1,27%. Seniorzy powyżej 60 lat stanowią ponad 72% wszystkich świadczeń w opiece koordynowanej, co odzwierciedla priorytet w leczeniu chorób przewlekłych (np. testy BNP na serce czy konsultacje nefrologiczne i kardiologiczne). Młodsze grupy mają marginalny udział, sugerując ograniczone zaangażowanie w programie opieki koordynowanej osób poniżej 50. roku życia.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Środki jakie Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na leczenie zaburzeń i chorób psychicznych po uwzględnieniu skumulowanej inflacji w Polsce od końca 2018 r. do końca 2024 r. wyniosły:

- w 2018 r. nominalny wyniósł 2 867 443 000 zł;
- w 2024 r. nominalny to 5 940 112 000 zł; zmiana procentowa w postaci realnego wzrostu to ok. 41% w porównaniu do skorygowanego budżetu z 2018 r.;

Nominalny wzrost wyniósł około 107%, ale po uwzględnieniu inflacji realny przyrost środków jest niższy.

Charakterystyka leczenia pacjentów w centrach zdrowia psychicznego

Załącznik nr 1 przedstawia analizę Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z par. 30 Rozporządzenia w sprawie pilotażu w centrach zdrowia psychicznego oraz analizę na lata 2018 – 2024.

Transformacja systemu ochrony zdrowia psychicznego w województwie małopolskim

Pilotaż w województwie małopolskim pokazuje, że **poprawne wdrożenie** centrum zdrowia psychicznego nie jest najdroższym wariantem w opiece psychiatrycznej. Ponadto, stabilizuje wydatki Płatnika w umowach w zakresie PSY (04) w całym województwie.

Transformacja w województwie małopolskim nie byłaby możliwa bez wsparcia finansowego urzędu marszałkowskiego, który jest organem założycielskim dla dwóch szpitali psychiatrycznych w Andrychowie oraz w Krakowie. Dlatego istotnym jest współpraca z regionami w kontekście ustalania zmian w ochronie zdrowia psychicznego.

W celach porównawczych przedstawiono dane z województwa podlaskiego, które ma podobny wskaźnik pokrycia powiatów przez centra zdrowia psychicznego.

Oba województwa przeprowadziły reorganizację świadczeń w zakresach poradni zdrowia psychicznego, oddziału dziennego psychiatrycznego, zespołu leczenia środowiskowego. Praktycznie żaden z tych zakresów na obszarze pilotażu nie był realizowany poza centrum zdrowia psychicznego.

Tabela 6. Ogólna charakterystyka środków finansowych w województwie małopolskim i podlaskim

Charakterystyka województwa	MAŁOPOLSKIE	PODLASKIE
	2024	2024
Liczba mieszkańców	3 429 084	1 132 641
Całkowity budżet wynikający z umów z NFZ w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dzieci, dorośli, psychiatria sądowa, leczenie uzależnień, itd.) oraz pilotażu CZP	645 830 352 zł	323 495 795 zł
Liczba mieszkańców objęta opieką psychiatryczną w 2024 roku (choć jedno świadczenie na PESEL)	160 794	75 254
Liczba pełnoletnich mieszkańców	2 771 637	932 817
Budżet z umów wynikający z umów z NFZ w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień: zakresy dla dorosłych oraz pilotażu CZP	562 481 275 zł	285 767 877 zł
Liczba mieszkańców pełnoletnich objęta opieką psychiatryczną w 2024 (choć jedno świadczenia na PESEL dorosłego)	136 304	64 580
Kwota na pełnoletniego mieszkańca w zakresach zrealizowanych dla dorosłych	203 zł	306 zł

Adnotacje. Analiza przeprowadzona na podstawie informacji z Publikatora umów Narodowego Funduszu Zdrowia rok 2024

System opieki psychiatrycznej dla dorosłych w Małopolsce, pomimo porównywalnego pokrycia województw przez centrum zdrowia psychicznego, okazał się mniej kosztowny niż np. w porównywalnym pod kątem pokrycia centrum zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.

Model przekształcania opieki psychiatrycznej w Małopolsce zakładał stopniową zmianę liczby łóżek ogólnopsychiatrycznych (m.in. do wskaźnika 25/ 100 tys mieszkańców, rozwój specjalistycznych oddziałów np. leczenia podwójnych diagnoz czy psychogeriatrrii) z równoczesnym rozwojem opieki ambulatoryjnej i środowiskowej oraz zwiększaniem dostępności do świadczeń (wysoko)specjalistycznych zgodnie ze zidentyfikowanymi potrzebami populacyjnymi. Potrzeby populacyjne były szacowane na podstawie danych epidemiologicznych, rekomendacji organizacji profesjonalnych, analizy kolejek oraz dostępności do leczenia w specjalistycznych zakresach koszyka świadczeń gwarantowanych w psychiatrii. W tym uwzględniono wskaźniki dla wszystkich łóżek psychiatrycznych zgodnie z rekomendacjami międzynarodowymi dot. zasad transformacji (Mundt i in., 2022; 2024).

Poniżej przedstawiono wydatki związane z realizacją świadczeń dla dorosłych w ramach centrum zdrowia psychicznego i tożsamych zakresów (poradnia zdrowia psychicznego, oddział dzienny psychiatryczny, w tym rehabilitacyjny, zespół leczenia środowiskowego oraz oddział psychiatryczny ogólny, oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie i oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych) w dwóch województwach.

Tabela 7. Ogólna charakterystyka środków finansowych w ramach pilotażu centrum zdrowia psychicznego

Zmienna	MAŁOPOLSKIE	PODLASKIE
	2024	2024
Całkowity budżet wynikający z umów z NFZ w pilotażu	320 395 132 zł	112 807 694 zł
Liczba mieszkańców objętych pilotażem	2 294 235	834 364
Liczba pełnoletnich mieszkańców z obszaru odpowiedzialności terytorialnej objętych opieką centrum	74 686	41 135
Liczba pełnoletnich mieszkańców SPOZA obszaru odpowiedzialności terytorialnej objętych opieką centrum	27 633	8 622
% budżetu OW NFZ w dziale 04, który był związany z finansowaniem w/w świadczeń lub tożsamych ze świadczeniami realizowanymi w centrum	58,90%	39,86%
Kwota na mieszkańca dorosłego w zakresach realizowanych w ramach pilotażu	140 zł	135 zł

Adnotacje. Analiza przeprowadzona na podstawie informacji z Publikatora umów Narodowego Funduszu Zdrowia rok 2024

W województwie małopolskim udało się przesunąć – przy włączaniu szpitali psychiatrycznych i konsekwentnej realizacji docelowego wskaźnika 25/100.000 mieszkańców – większą część budżetu małopolskiego OW NFZ na wydatki związane z opieką ambulatoryjną (blisko docelowego wskaźnika 60%). W ten sposób odwrócono piramidę świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej. W konsekwencji uzyskano redukcję liczby hospitalizacji, zmniejszenie długości trwania pojedynczych hospitalizacji, redukcję czasu trwania readmisji, poprawę ciągłości i koordynacji leczenia, optymalizację w zakresie dostępności do miejsc szpitalnych (wzrost przelotowości), redukcję liczby odmów z przyczyn braku miejsc na oddziałach ogólnopsychiatrycznych.

W województwie podlaskim kontraktowano łóżka niezależnie od centrum zdrowia psychicznego, niezależnie od celów transformacji, bez analizy czy systemowego wdrażania wskaźników populacyjnych.

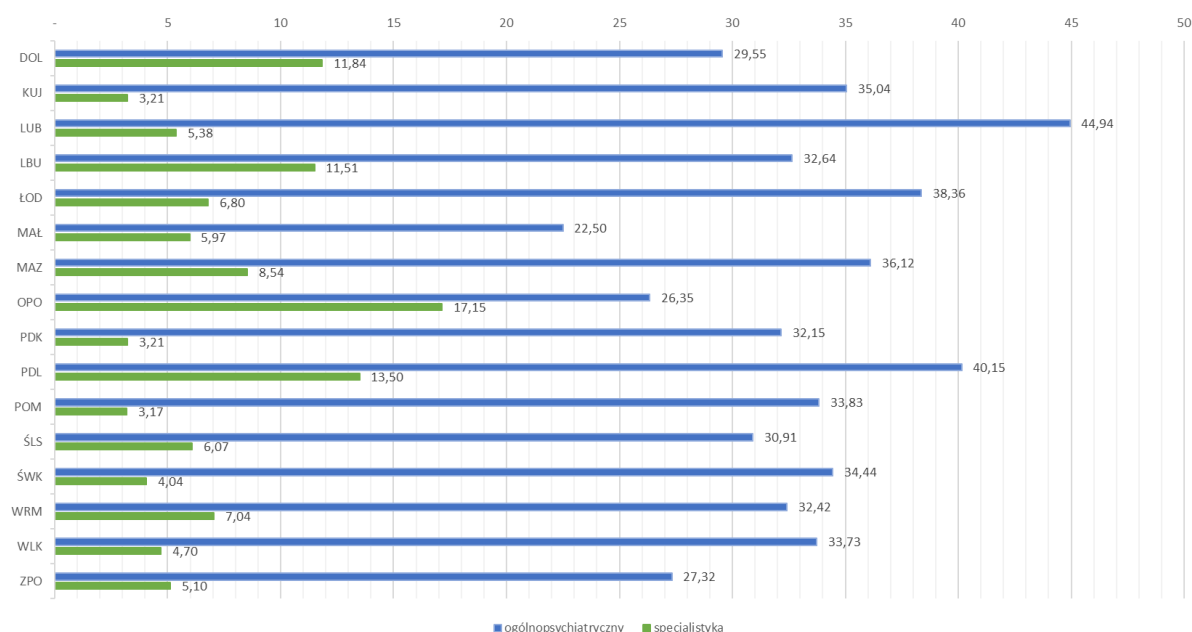
Tabela 8. Liczba osobodni zrealizowanych w CZP i na oddziale ogólnopsychiatrycznym oraz oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie

Liczba sprawozdanych osobodni łącznie z osobodniami leczenia zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) realizowanych na oddziałach psychiatrycznych, tj. ogólnym i dla chorych somatycznie.	Oddział psychiatryczny (ogólny)	Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie	Razem
	Cz. VIII kodu 4700	Cz. VIII kodu 4710	
Małopolska	228 767	-	228 767
Podlasie	136 761	11 556	148 317

Adnotacje. Dane przesłane przez NFZ do MZ w ramach prac Zespołu ds. CZP. W tych województwach nie było hospitalizacji w ramach oddziału psychiatrycznego dla przewlekle chorych.

Wskaźnik 25 łóżek na 100.000 dorosłych mieszkańców w przeliczeniu oznacza 9.125 osobodni - świadczeń w ramach oddziału całodobowego. Województwo Małopolskie osiągnęło wskaźnik poniżej sumarycznej liczby 9.125 osobodni na 100.000 mieszkańców jako jedyne. Rysunek 13 prezentuje wystandaryzowane wskaźniki dla lecznictwa stacjonarnego ogólnopsychiatrycznego i specjalistycznego. Województwo podlaskie może być rozpatrywane jako przykład modelu, w którym finansowanie łóżek psychiatrycznych jest oddzielone od części ambulatoryjnej (kontraktowanie bez związku z potrzebami populacyjnymi, ale przy podobnej implementacji centrum zdrowia psychicznego). W konsekwencji prowadzi to do wzrostu liczby dni hospitalizacji r/r.

Rysunek 13. Wskaźnik liczby łóżek (obłożenie) na 100.000 mieszkańców w poszczególnych województwach w 2024 roku



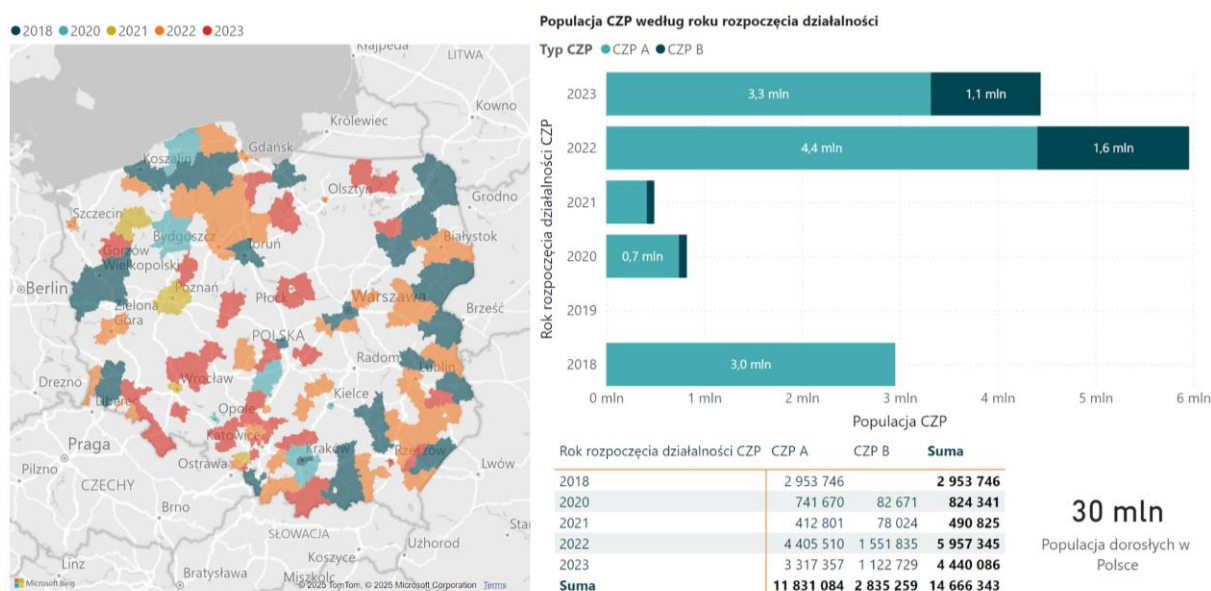
Adnotacje. Opracowanie własne NFZ

Realizacja świadczeń dla dorosłych w centrach zdrowia psychicznego

W ramach pilotażu wskazano 129 realizatorów, w trakcie opracowania tego raportu działało 117 centrów zdrowia psychicznego, które obejmowały ok. 51 % dorosłej populacji. Środki finansowe na pilotaż centrów zdrowia psychicznego od 2018 roku do końca 2025 roku wyniosą 8,93 mld zł.

Rozwój centrów w ramach pilotażu miał charakter falowy. W latach 2018–2023 liczba objętej populacji rosła stopniowo od 3,0 mln do prawie 15 mln dorosłych Polaków, co stanowi blisko połowę populacji dorosłej Polski. Największa ekspansja nastąpiła w latach 2022–2023, kiedy przybyło łącznie ponad 10 mln osób objętych opieką przez centra zdrowia psychicznego. Dominującą formą pozostają pozostałe centrum zdrowia psychicznego typu A, które obejmują 11,8 mln osób, podczas gdy centrum zdrowia psychicznego typu B objęły 2,8 mln osób.

Rysunek 14. Obszary odpowiedzialności terytorialnej centrum zdrowia psychicznego



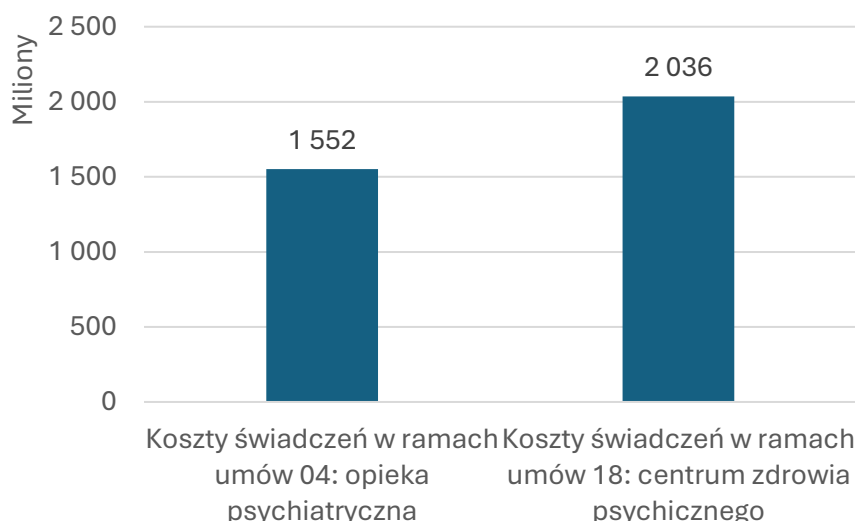
Adnotacje. Opracowanie własne AOTMiT

Spowodowało to, że nakłady na pilotaż dynamicznie rosły wraz z kolejnymi rozszerzeniami. Struktura źródeł finansowania w 2024 r. obejmowała przede wszystkim budżety populacyjne powiązane z populacją objętą pilotażem (75,6%), a także środki związane z leczeniem pacjentów spoza obszarów działania centrum oraz świadczeniami z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (łącznie 24,1%). Koszty jakie Narodowy Fundusz Zdrowia poniósł na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego kształtował się następująco:

- w 2018 r. nominalny budżet pilotażu wyniósł 121 435 000 zł;
- w 2024 r. było to już 2 227 059 000 zł.

W 2024 roku nakłady na tożsame zakresy świadczeń pomiędzy podmiotami realizującymi pilotaż i pozostałymi w umowach na opiekę psychiatryczną są zobrazowane na poniższym Rysunku.

Rysunek 15. Nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia realizowane przez centrum zdrowia psychicznego i pozostałe podmioty leczniczy w zakresie opieka psychiatryczna



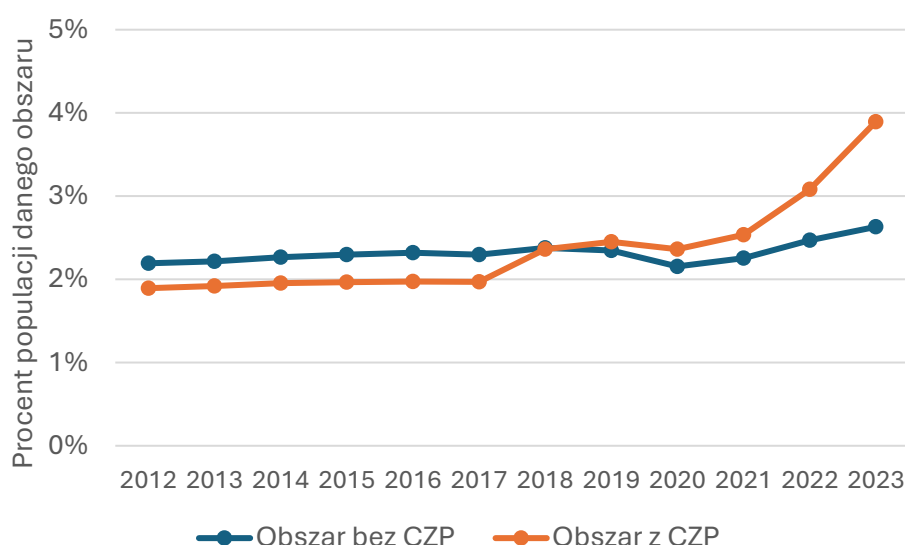
Adnotacje. Dane pobrane z publikatora umów Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 rok. Uwzględniono następujące zakresy w ramach umów 04: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700); świadczenia psychologiczne (04.1790); leczenie środowiskowe (domowe) (04.2730); świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych (04.2700); świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych (04.2702); świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie (04.4710); świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (04.4700); świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych (04.4716). Do umów centrum zdrowia psychicznego wliczono kwoty z tytułu

Ewentualne rozszerzenie pilotażu byłoby relatywnie mniejsze na tym etapie implementacji w Polsce. Przyjmując aktualną stawkę z Rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U.2024.875) – po uwzględnieniu nakładów jakie Płatnik ponosi na sfinansowanie świadczeń tożsamych z pilotażem poza obszarem działania centrum zdrowia psychicznego – **około 1,5 mld zł**. Jako kraj posiadamy zdolności organizacyjne i finansowe do rozszerzenia pilotażu na zdecydowaną większość kraju. Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia jest złożonych ponad sto wniosków o przystąpienie do programu pilotażowego:

- Wnioski o utworzenie nowych centrów zdrowia psychicznego: **104**
- Wnioski o rozszerzenie obecnych centrów zdrowia psychicznego: **15**

Rysunek 16 przedstawia procentowy udział populacji leczącej się na zaburzenia psychiczne w Polsce w latach 2012–2023, z podziałem na obszary objęte pilotażem oraz poza nim. Dane wskazują na stabilny, niski poziom leczenia w obu grupach do około 2017 r. (ok. 2% populacji), po czym po uruchomieniu następuje rozbieżność trendów. W obszarach z centrami zdrowia psychicznego odsetek zaczyna rosnąć od 2018 r. osiągając szczyt około 4% w 2023 r. Nie oznacza to, że wszyscy leczeni z danego obszaru zostali objęci pomocą centrum zdrowia psychicznego. Natomiast w obszarach bez centrum – podobnie jak w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej - wskaźnik pozostaje relatywnie płaski, z lekkimi wahaniami (spadek do ok. 2% w 2020 r., prawdopodobnie z powodu pandemii COVID-19, i wzrost do ok. 2.5% w 2023 r.).

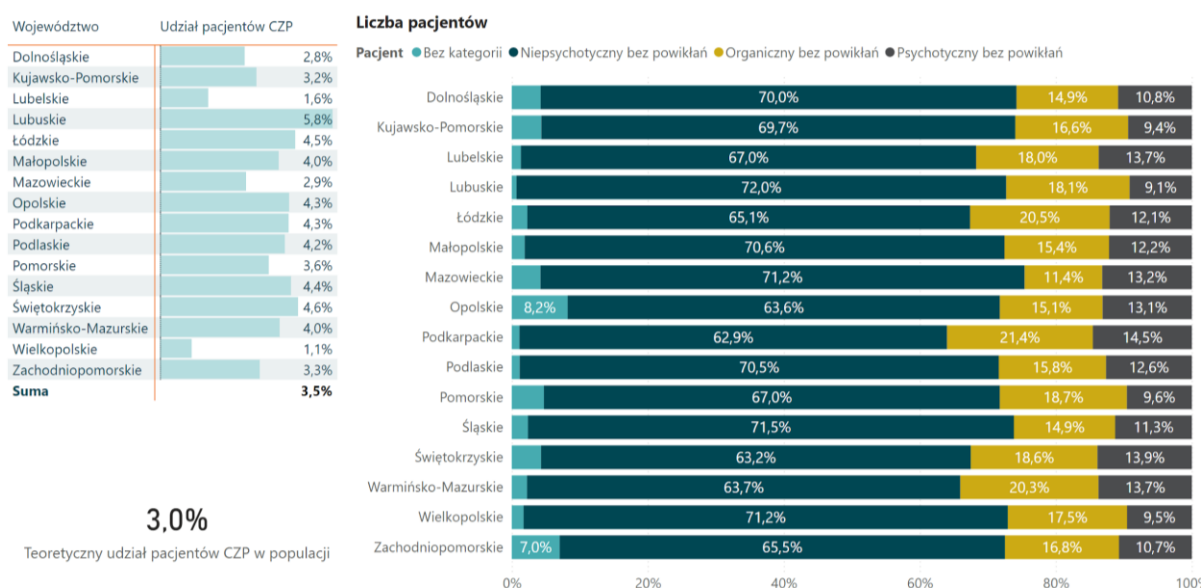
Rysunek 16. Odsetek mieszkańców leczących się z powodu zaburzeń psychicznych z obszarów objętych pilotażem i nieobjętych pilotażem



Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie danych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia.

W 2024 r. średni udział pacjentów objętych opieką centrum zdrowia psychicznego wyniósł 3,5%, co odpowiada zakładanemu poziomowi 3,0%, choć widoczne były różnice regionalne – od 1,1% w województwie wielkopolskim do 4,6% w świętokrzyskim.

Rysunek 17. Pacjenci z obszaru funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego w 2024 roku



Adnotacje. Opracowanie własne AOTMiT

Struktura pacjentów była zbliżona we wszystkich województwach:

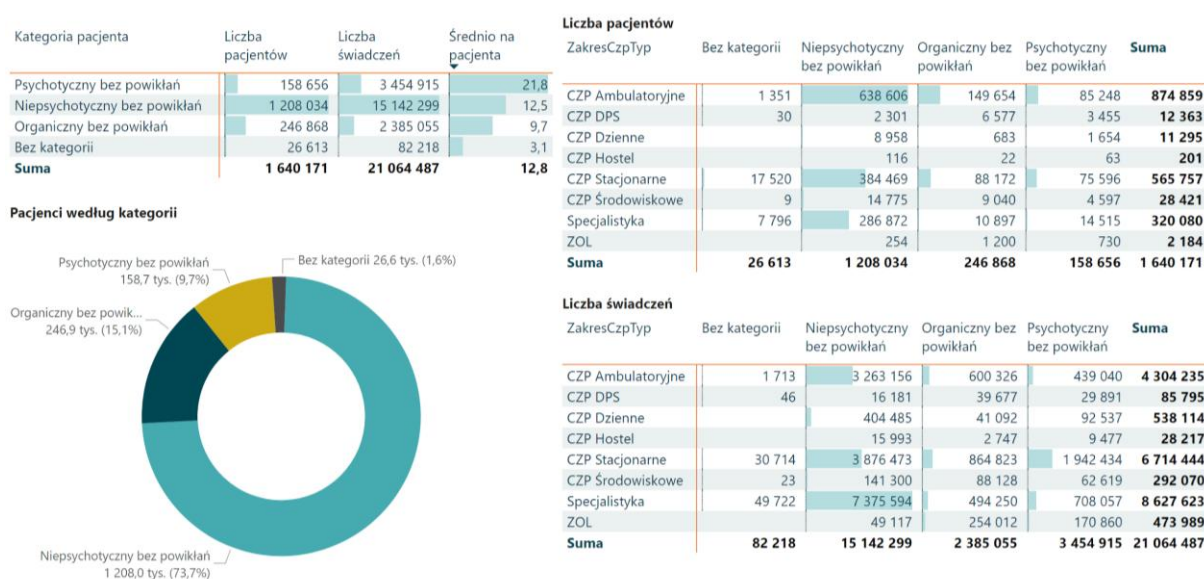
- dominowali pacjenci niepsychotyczni bez powikłań (ok. 64–72%),
- następnie pacjenci z zaburzeniami organicznymi bez powikłań (11–21%) oraz
- psychotyczni bez powikłań (9–15%).

Struktura pacjentów jest spójna z danymi epidemiologicznymi. Dominacja pacjentów niepsychotycznych potwierdza rosnące znaczenie świadczeń środowiskowych i ambulatoryjnych, natomiast relatywnie wysoki udział pacjentów z zaburzeniami organicznymi i psychotycznymi w niektórych województwach (m.in. podkarpackim, łódzkim, warmińsko-mazurskim) wskazuje na konieczność dostosowania lokalnych zasobów kadrowych i finansowych do większych potrzeb tej grupy.

Jednocześnie istnieje konieczność rozszerzenia sprawozdawczości w kierunku identyfikacji pacjentów z powikłaniami/przewlekłe chorych. Na podstawie aktualnie dostępnych danych nie można było przypisać pacjentów do kategorii z powikłaniami.

Symulacja oparta o sprawozdawczość z 2024 r., przeskalowaną na zakresy docelowe po wdrożeniu centrum zdrowia psychicznego w całej Polsce, wskazuje, że najliczniejszą grupę pacjentów będą stanowić osoby z zaburzeniami niepsychotycznymi bez powikłań – ponad 1,2 mln osób, czyli blisko trzy czwarte wszystkich pacjentów (73,7%). Kolejną grupę tworzą pacjenci z zaburzeniami organicznymi bez powikłań (15,1%), natomiast pacjenci psychotyczni bez powikłań stanowiliby 9,7%. Osoby bez przypisanej kategorii pozostawałyby marginalne (1,6%).

Rysunek 18. Realizacja świadczeń według docelowych zakresów a grupy pacjentów w 2024 roku



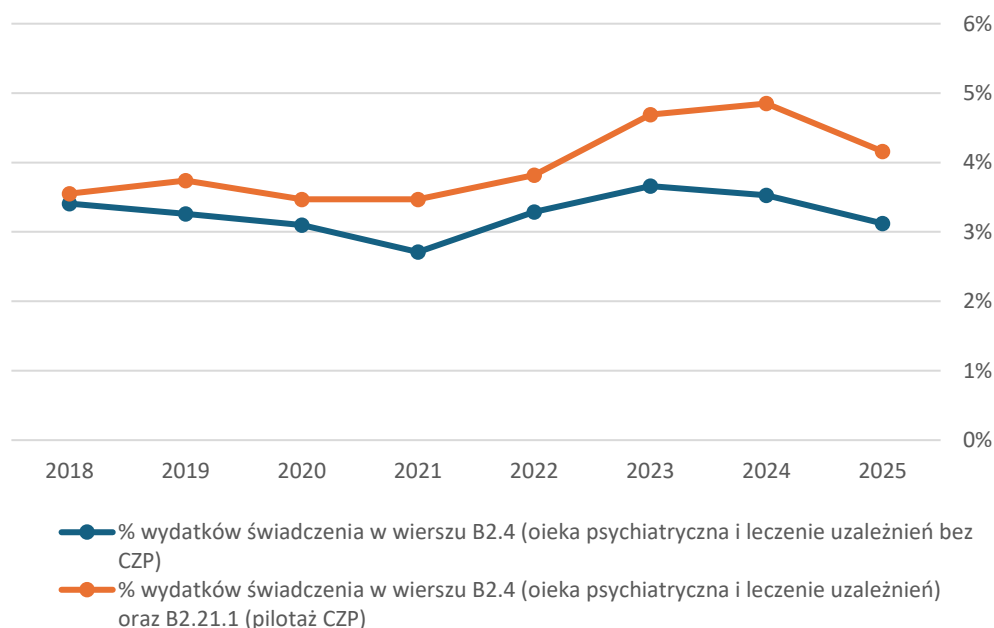
Adnotacje. Opracowanie własne AOTMiT

W strukturze świadczeń widoczna jest przewaga usług dla pacjentów niepsychotycznych, co oznacza potencjał dla rozwoju leczenia ambulatoryjnego, dziennego i środowiskowego. Jednocześnie pacjenci psychotyczni, mimo mniejszego udziału liczbowego, generują największą średnią liczbę świadczeń – 21,8 na osobę, co wskazuje na ich wysokie zapotrzebowanie na intensywną i bardziej kosztowną opiekę. Pacjenci z zaburzeniami niepsychotycznymi korzystają średnio z 12,5 świadczeń, a osoby z zaburzeniami organicznymi – z 9,7.

Symulacja potwierdza, że wdrożenie centrum zdrowia psychicznego prowadziłoby do dalszej deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Wzrosłoby znaczenie opieki dziennej i ambulatoryjnej, przy jednoczesnym uwzględnieniu zapotrzebowania na świadczenia stacjonarne w grupie pacjentów psychotycznych. Dane wskazują również na konieczność dostosowania zasobów kadrowych i finansowych do profilu populacji – szczególnie w kontekście pacjentów wymagających intensywnej opieki oraz pacjentów niepsychotycznych, których potrzeby mogą być skutecznie zaspokajane poza szpitalem.

Finansowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (pozycje w sprawozdaniu finansowym B2.4 oraz B2.21.2) systematycznie wzrastały w wartości względnej do całego budżetu NFZ do roku do 2024 roku. Od dwóch lat nakłady na opiekę i leczenie uzależnień, z uwzględnieniem centrów zdrowia psychicznego, relatywnie do całego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia zmniejsza się.

Rysunek 19. Kształtowanie się wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenia uzależnień w stosunku do budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia



Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane pozyskane ze strony: <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>

Budżet populacyjny pomniejszany był o koszty świadczeń udzielonych mieszkańcom z obszaru pilotażu realizowanych poza centrum zdrowia psychicznego. W 2024 r. wyniosły one 330,5 mln zł, co obniżyło ostateczne wydatki do 2,46 mld zł. Zjawisko to wskazuje na potrzebę dalszej integracji i koordynacji systemu, aby ograniczyć przepływy finansowe między regionami i świadczeniodawcami. Tabela poniżej przedstawia szczegółowe dane finansowe programu pilotażowego w rozbiciu na budżet populacyjny oraz powiększenia i pomniejszenia wynikające z rozliczeń pomiędzy realizatorami centrum zdrowia psychicznego i OW NFZ.

Tabela 9. Rodzaj pozycji rozliczeniowych w ramach umowy pilotażowej w ramach centrum zdrowia psychicznego (w zł)

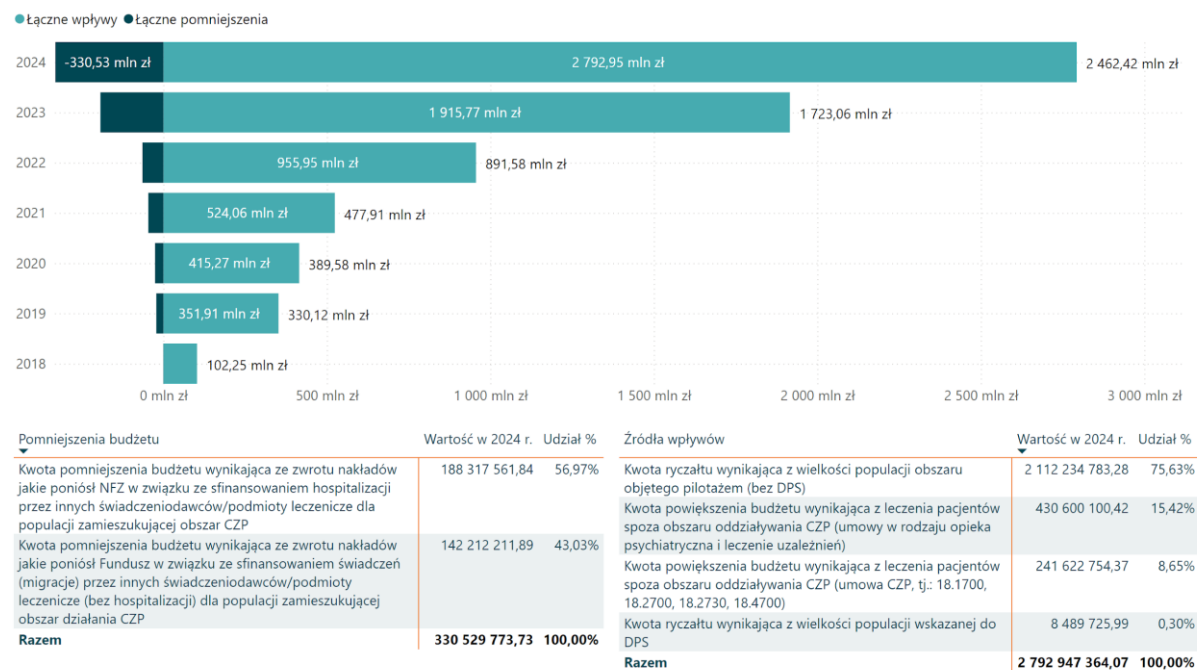
	Kwota wpisanych pilotażowych	budżetów w umowach	CZP	Kwota powiększeń budżetów	Kwota pomniejszeń budżetów ambulatoryjne)	pomniejszeń CZP (leczenie	Kwota pomniejszeń CZP (leczenie stacjonarne)	budżetów
	Budżet populacyjny per capita	Budżet populacyjny na m-kańców DPS	Pacjenci spoza obszaru pilotażu leczeni w CZP	Hospitalizacje rozliczone w ramach umowy pilotażowej	Migracje na obszarze pilotażu	Migracje poza obszarem pilotażu	Hospitalizacje na obszarze pilotażu	Hospitalizacje poza obszarem pilotażu
2018	63 285 688	37 665	22 014 992	17 471 921		113 343		450 695
2019	222 656 704	145 882	92 369 309	36 737 446		8 262 665		13 524 966
2020	285 786 470	189 838	71 090 948	58 200 482		9 686 083		16 001 284
2021	370 699 054	798 011	64 903 771	87 654 488		20 843 034		25 299 012
2022	675 724 382	2 839 170	98 511 405	178 872 276		29 264 837		35 102 806
2023	1 431 808 743	5 879 201	186 649 178	291 431 549		90 426 293		102 282 746
2024	2 092 358 585	8 550 913	249 016 417	474 096 120 ^a		324 873 655		
2025 (I-VI)	1 087 038 979	4 528 279	143 540 567	277 956 607 ^a		213 684 540		

Adnotacje. Narodowy Fundusz Zdrowia nie przedstawił pomniejszeń w podziale na mieszkańców leczonych na obszarze pilotażu (odpowiedzialności terytorialnej) w tożsamych zakresach do CZP przez podmioty lecznicze realizujące te świadczenie równoległe do CZP oraz poza obszarem pilotażu (odpowiedzialności terytorialnej) w tych samych zakresach do CZP przez inne podmioty lecznicze. Dla lat 2024 i 2025 na podstawie przesłanych informacji z NFZ wyliczono tylko niektóre wartości.

a – oznacza to sumę wszystkich zakresów tożsamych z CZP, nie tylko hospitalizacje. W przesłanych tabelach przez NFZ nie oznaczono, że są to powiększenia wynikające z udzielanych świadczeń w zakresie 04.4700. Kwota jest oznaczona jako „w ramach umowy 04/1 (w zakresach tożsamych z komórkami CZP)”

Rysunek 20 przedstawia graficzne kwoty związane z rozliczeniem umów z wyliczeniem proporcji dla ostatniego pełnego roku realizacji centrum zdrowia psychicznego.

Rysunek 20. Kształtowanie się wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia w pilotażu centrum zdrowia psychicznego w latach 2018 - 2024



Adnotacje. Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Pilotaż wprowadził nowy model finansowania oparty na budżecie populacyjnym. Rozwiązanie to przyniosło szereg korzyści. Zapewniło stabilność finansową ośrodków, ułatwiając planowanie budżetu (z wyjątkiem mechanizmów korekt na migracje i hospitalizacje), zatrudnienia oraz działań rozwojowych. Budżet populacyjny umożliwił także elastyczniejsze podejście do świadczeń – zamiast rozliczania każdej jednostkowej usługi, podmioty lecznicze mogły dostosowywać zakres i intensywność opieki do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Mechanizm sprzyjał ponadto realizacji kluczowych założeń reformy psychiatrii, w tym przesunięciu opieki z hospitalizacji do działań środowiskowych. Dodatkowym atutem był łatwiejszy dostęp do świadczeń. Realizatorzy pilotażu mieli obowiązek przyjmowania pacjentów „z ulicy”, bez skierowania, co zredukowało czas oczekiwania.

Istotnym osiągnięciem pilotażu było również stworzenie warunków do prowadzenia działań profilaktycznych i interwencyjnych finansowane z budżetu populacyjnego. Finansowanie to pozwalało rozwijać poradnictwo, wczesną interwencję oraz programy edukacyjne w społeczności lokalnej.

Poszczególne centra zdrowia psychicznego adaptowały ofertę do specyfiki lokalnej społeczności oraz uwarunkowań urbanistycznych i geograficznych obszaru objętego opieką.

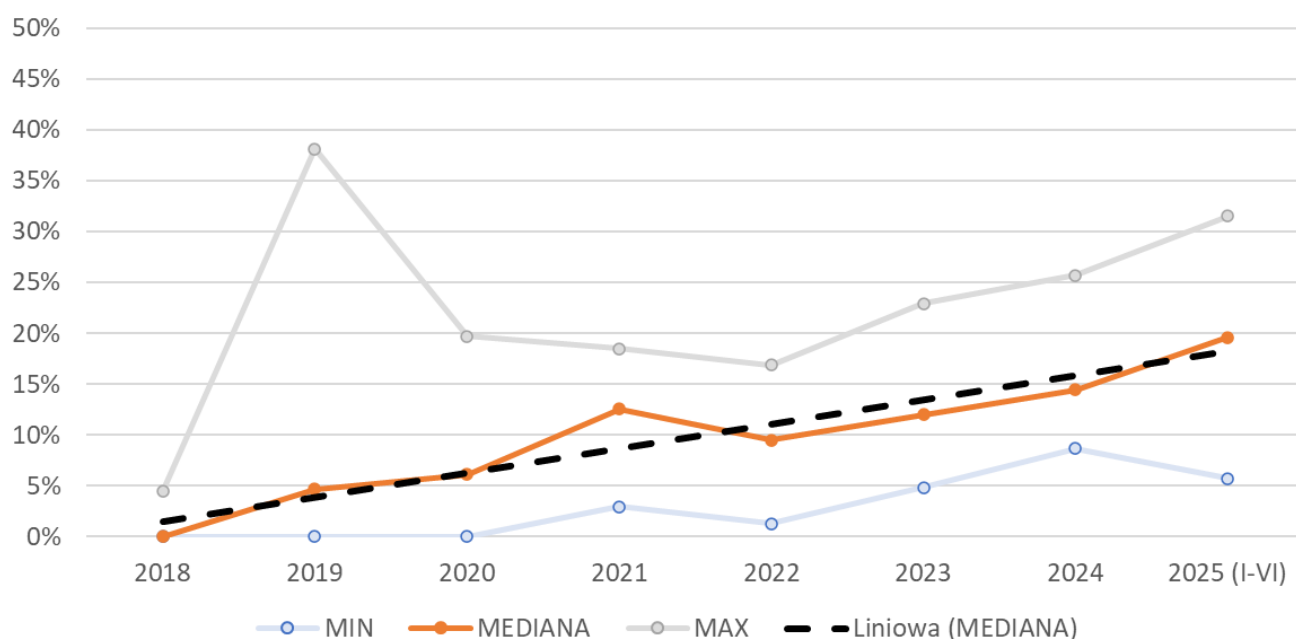
Powstawały m.in. stacjonarne i mobilne Kluby Pacjenta, rozwijano współpracę z ośrodkami pomocy społecznej i podstawową opieką zdrowotną, organizowano wydarzenia profilaktyczne, grupy samopomocy oraz zajęcia integracyjno-rehabilitacyjne dla społeczności lokalnej (Lisiecka i in., 2023).

Zakres tych inicjatyw nie został jednak kompleksowo oceniony, z uwagi na brak dedykowanych produktów statystycznych w Zarządzeniu Prezesa NFZ oraz mierników jakości dla tych działań na poziomie pacjenta i populacji z obszaru odpowiedzialności terytorialnej.

Jednocześnie pilotaż ujawnił słabości systemu finansowania kawitacyjnego. Finansowanie nie zawsze pozostawało w korelacji z realnym zapotrzebowaniem i intensywnością świadczeń (zbyt duże różnice pomiędzy centrami w populacjach leczonych na 100.000 mieszkańców). W modelu ewaluacji i sprawozdawczości w centrach zdrowia psychicznego nie wprowadzono odpowiednich procedur rozliczania pacjentów z ciężkimi, przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Brakowało też mechanizmów jednoznacznie powiązanych z jakością czy efektami leczenia. System nie premiował działań ponadstandardowych, ani nie przewidywał konsekwencji za świadczenia poniżej minimalnego poziomu.

Sposób rozliczania centrów zdrowia psychicznego pomimo obejmowania opieką coraz większej liczby mieszkańców powodował systematyczny wzrost korekt budżetu populacyjnego okresie trwania pilotażu.

Rysunek 21. Wielkość korekt w pilotażu w stosunku do budżetów powierzonych centrum zdrowia psychicznego



Adnotacje. Na podstawie danych finansowych NFZ

Budżet populacyjny w centrum zdrowia psychicznego: propozycje rozwiązań systemowych

Analiza rozwiązań międzynarodowych obejmująca 19 krajów wskazuje na dużą różnorodność modeli finansowania psychiatrii. W przeprowadzonym przeglądzie nie zidentyfikowano odrębnych modeli finansowania centrów zdrowia psychicznego; dostępne dane dotyczyły ogólnie opieki psychiatrycznej. Systemy finansowania są zróżnicowane i często oparte na modelach mieszanych, łączących różne mechanizmy płatności. Najczęściej stosowane rozwiązania to:

- **fee-for-service** – m.in. w Niemczech, Czechach, Węgrzech, Danii, Włoszech i USA,
- **budżet populacyjny** – np. w Szwecji,
- **finansowanie per capita** – częściowo we Włoszech,
- **modele mieszane** – obejmujące różne formy rozliczeń (np. budżet populacyjny, DRG, kapitacja).

Coraz większe znaczenie zyskują jednak mechanizmy powiązane z jakością i wynikami leczenia (np. Wielka Brytania, Australia, Irlandia). Modele te obejmują komponenty premijujące skrócenie czasu leczenia, zmniejszenie liczby rehospitalizacji czy poprawę dostępności opieki środowiskowej.

Część krajów wprowadza elementy powiązania finansowania z jakością i efektami leczenia. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje model wiodącego świadczeniodawcy odpowiedzialnego za osiągnięcie określonych wyników, z taryfą krajową stosowaną do rozliczeń. W Irlandii i Australii rozwijany jest system *Activity-Based Funding* (ABF; Rosenberg i in., 2022; IHACPA 2024). Premiuje on konkretne działania zamiast finansowania blokowego. W USA obok tradycyjnego *fee-for-service* coraz większą rolę odgrywa model *value-based care*.

W ramach przeprowadzonych prac wyodrębniono trzy potencjalne modele finansowania, które mogą być zastosowane w finansowaniu systemowym centrum zdrowia psychicznego w Polsce:

1. **model mieszany** (budżet populacyjny + komponent zadaniowy + premia jakościowa) – łączy stabilność podstawowego budżet populacyjny z motywacją do aktywności. Umożliwia elastyczne dostosowanie do lokalnych potrzeb, ale wymaga precyzyjnych definicji zadań i wskaźników jakości.
2. **Model pakietowy** (*bundled payments*) – finansowanie całych epizodów leczenia, np. „pakiet depresja” od diagnozy do stabilizacji. Skupia uwagę na efektach terapeutycznych i koordynacji opieki, ale wiąże się z trudnościami w wycenie pakietów i ryzykiem selekcji pacjentów.
3. **Budżet populacyjny z premią jakościową** – stabilny budżet roczny z możliwością uzyskania dodatkowego finansowania za spełnienie wskaźników jakościowych. Model ten zwiększa przewidywalność, jednak jego skuteczność zależy od właściwego doboru mierników oraz adekwatności wysokości premii.

Wprowadzenie budżetu populacyjnego w powiązaniu z liczbą mieszkańców pełnoletnich na obszarze odpowiedzialności terytorialnej otwiera możliwość stabilnego finansowania i planowania usług, ale jednocześnie wymaga precyzyjnego zaprojektowania mechanizmów monitorujących.

Metodologia wyliczania wielkości stawki kapitacyjnej: rekomendacje międzynarodowe

Jednym ze zidentyfikowanych problemów w pilotażu jest określenie wielkości stawki kapitacyjnej do katalogu realizacji świadczeń, jakie centrum zdrowia psychicznego jest zobowiązane do zapewnienia dla mieszkańców z obszaru odpowiedzialności terytorialnej.

System kapitacyjny premiuje inwestycje w prewencję, koordynację i efektywność, lecz niesie ryzyko ograniczania dostępu lub obniżania jakości usług, jeśli nie zostanie powiązany z miernikami jakości i wynikami zdrowotnych (NHS England, 2015).

Tabela 10. Rekomendacje przy ustalaniu i monitorowania budżetów populacyjnych w ochronie zdrowia szacowanych na podstawie stawki kapitacyjnej

Obszar decyzji	Konieczne działania	Rekomendacje wdrożeniowe
Identyfikacja populacji	Określenie populacji objętej kapitaacją	Włączyć dane GUS lub danych z JST, policji i systemu oświaty, aby lepiej uchwycić ukryte potrzeby.
Zakres usług	Definicja usług i produktów sprawozdawczych wynikających z modelu opieki	Ewentualne rozszerzanie zakresu świadczeń etapami: najpierw dorośli i seniorzy, później dzieci i młodzież.
Wyznaczenie ceny jednostkowej na mieszkańca	Kalkulacja na podstawie analizy finansowej pilotażu z korektami o strukturę populacji, prognozowane potrzeby, koszty nowych modeli leczenia (np. opieka środowiskowa zgodna z NICE).	Uwzględnić osoby na listach oczekujących i tzw. „ukrytą potrzebę” w wycenie.
Czas trwania kontraktu	Ustalenie długości kontraktu kapitacyjnego przy założeniu etapu uruchamiania, wdrożenia opieki oraz rozwoju usług	Minimum 3–5 lat, aby umożliwić zwrot z inwestycji w prewencję i koordynację.
Mechanizmy płatności między podmiotami	Określenie roli lidera (strony umowy z NFZ) i zasad podziału środków z partnerami z podwykonawcami.	Wprowadzić elastyczne umowy z podwykonawcami premiuje jakość oraz współpracę i interdyscyplinarność.
Podział ryzyka i zysków/strat	Zasady dzielenia nadwyżek i deficytów.	Początkowo dzielić tylko nadwyżki (inwestycja w rozwój), później

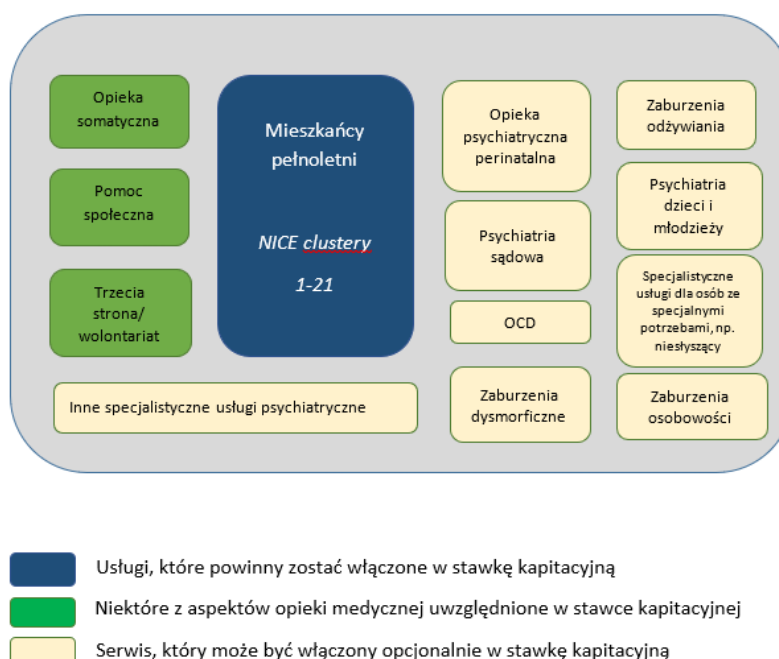
straty w ramach odpowiedzialność terytorialnej.

Jakość i wyniki zdrowotne	Powiązanie części płatności z osiąganiem wskaźników jakości (np. redukcja rehospitalizacji, satysfakcja pacjentów, poziom zatrudnienia, długość życia w zdrowiu).	Ustalić zestaw wskaźników lokalnych i ogólnopolskich, współtworzonych z pacjentami i rodzinami.
Dane i analityka	Budowa systemu monitorowania kosztów, aktywności i wyników zdrowotnych na poziomie pacjenta i populacji	Integracja danych NFZ, ZUS, OPS i edukacji; rozwój narzędzi big data i map potrzeb zdrowotnych.
Zaangażowanie pacjentów	Zapewnienie prawa wyboru i możliwości budżetów osobistych.	Dedykowana część kapitału dla pacjentów z poważnymi i przewlekłymi zaburzeniami.

Adnotacje. opracowanie własne na podstawie rekomendacji NHS England (2015)

Zespół rekomenduje określenie początkowego zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyka poszczególnych świadczeń/usług medycznych) składających na ofertę centrum zdrowia psychicznego, a przyszłe ewentualne modyfikacje w zakresie usług na budżecie populacyjnym powinno uwzględniać doświadczenie i rekomendacje z innych krajów, które tworzyły systemy finansowania świadczeń zdrowotnych na bazie stawki kapitałowej/na mieszkańca. Rekomendacje dotyczące kategorii włączanych świadczeń w stawce kapitałowej są ujęte na poniższej Rycinie (za: NHS England, 2015)

Rysunek 22. Zakresy potencjalnych świadczeń oraz warianty związane z wyliczaniem stawki kapitałowej



Analizy AOTMiT wskazują, że dalszy rozwój finansowania centrum zdrowia psychicznego wymaga rozwiązań bardziej złożonych i powiązanych z efektami terapeutycznymi.

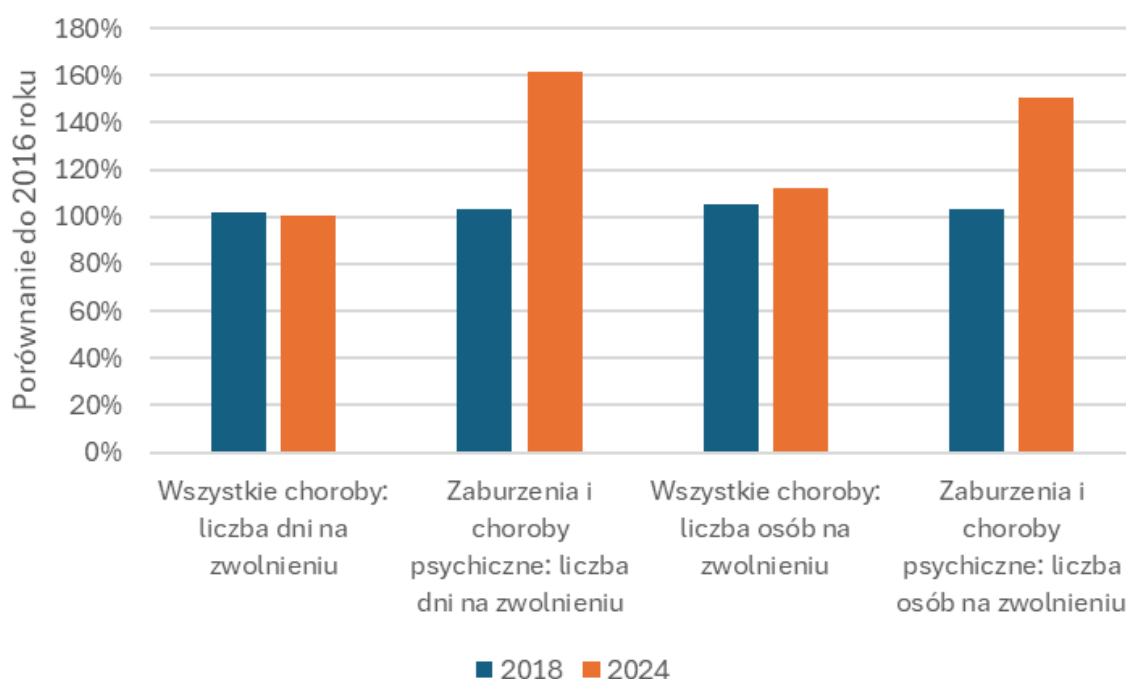
Koszty pośrednie zaburzeń i chorób psychicznych

Koszty pośrednie to straty podmiotów gospodarczych i instytucji publicznych powstałe w wyniku choroby i/lub jej dalszych konsekwencji (np. powikłania, niepełnosprawność, zgon). Obejmują koszty tzw. “trudno mierzalne”, których wartość trudno jest wyrazić w kategoriach finansowych. Przykładami kosztu trudno mierzalnego są: koszty utraty czasu wolnego, koszty związane z bólem i cierpieniem, zerwanymi relacjami z bliskimi.

Są to też koszty społeczne obejmujące wszystkie kategorie kosztów ponoszonych przez społeczeństwo. W przypadku zaburzeń psychicznych dwa z nich są kluczowe: 1) absenteizm – nieobecność w pracy z powodu choroby oraz 2) prezenteizm – obecność w pracy pomimo złego samopoczucia, trudności w skupieniu uwagi, itd., które są konsekwencją choroby.

Analiza liczby zwolnień na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pokazuje duży wzrost absencji i liczby pracowników przebywających na zwolnieniu. W przypadku pozostałych zakresów sytuacja po pandemii jest porównywalna do 2016 roku. Rysunek 23 przedstawia porównania dla wszystkich chorób oraz dla zaburzeń psychicznych w okresie trwania pilotażu.

Rysunek 23. Liczba zwolnień oraz osób na zwolnieniu z tytułu wszystkich chorób oraz zaburzeń psychicznych



Adnotacje. Wielkość 100% oznacza, że liczba jest taka sama jak w 2016 roku

Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F.43) oraz Epizod depresyjny (F.32) stanowiły w 2024 roku ponad połowę (56%) wszystkich kosztów jakie poniósł ZUS w związku z absencjami z powodu chorób i zaburzeń psychicznych. W pierwszym półroczu 2025 roku

absencje z powodu F.43 stanowiły już ponad 36% kosztów jakie ZUS poniósł z tytułu zaburzeń i chorób psychicznych.

W raporcie Rowińskiego i Depukat (2024) wskazano, że choć nadal utrzymuje się tendencja do coraz wyższych kosztów pośrednich absencji z powodu zaburzeń i chorób psychicznych, to na obszarach pilotażu udaje się zmieniać tę tendencję. Różnica pomiędzy obszarami wyniosła 7.562 dni w 2022 roku oraz 4.786 w 2023 roku w przeliczeniu na 100.000 mieszkańców.

Problemy zidentyfikowane w trakcie trwania pilotażu

Analiza raportów Biura ds. Pilotażu NPOZP wskazuje na szereg problemów z jakimi mierzyły się i nadal mierzą centra zdrowia psychicznego.

1. Problemy systemowe i organizacyjne

- Brak jednolitych regulacji prawnych dotyczących statusu i zasad funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego (potrzeba nowelizacji ustaw i rozporządzeń, wdrożenia standardu opieki w centrach).
- Zróżnicowany poziom wdrożenia modelu środowiskowego w różnych regionach, zależny od lokalnych uwarunkowań i wcześniejszych doświadczeń podmiotów leczniczych.
- Niewystarczająca koordynacja między instytucjami (Ministerstwo Zdrowia, NFZ, JST, Biuro ds. Pilotażu) oraz niespójne interpretacje przepisów prawa pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ.
- Brak wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych – potrzeba ich upowszechnienia i aktualizacji zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną.
- Ograniczona samodzielność i autonomia centrów zdrowia psychicznego oraz niejasne zasady zarządzania budżetem przez realizatorów pilotażu.
- Brak zróżnicowania oferty specjalistycznej świadczeń całodobowych (różnie zakontraktowana w OW NFZ).

2. Finansowanie i rozliczenia

- Brak jasnych reguł dotyczących korekt za migracje i hospitalizacje mieszkańców w ramach budżetu populacyjnego – brak stabilności, niejasne zasady korekt i rozliczeń, trudności w prognozowaniu budżetu.
- Brak jasnych zasad waloryzacji stawki kapitałowej i jej terminów.
- Nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń dla pacjentów spoza obszaru działania CZP – zaniżone limity, brak odrębnych umów.
- Brak przejrzystości w rozliczaniu środków po zakończeniu pilotażu – niepokój podmiotów o konieczność zwrotu niewykorzystanych środków.

3. Kadra i kompetencje

- Niedobory kadrowe oraz brak minimalnych norm zatrudnienia specjalistów odpowiadającym specyfice pracy centrum zdrowia psychicznego.

- Niewystarczające uwzględnienie modelu środowiskowego w programach kształcenia (psychiatria, psychologia kliniczna, pielęgniarstwo psychiatryczne, zdrowie publiczne).
- Brak jasnych ram dla roli asystentów zdrowia i ich miejsca w systemie.

4. Infrastruktura i rozwój

- Bariery infrastrukturalne – potrzeba inwestycji w nowe formy opieki środowiskowej.
- Brak wsparcia dla rozwoju nowych centrów zdrowia psychicznego oraz przekształcania istniejących projektów w trwałe struktury.

5. Funkcjonowanie i dostępność świadczeń

- Problemy z organizacją Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych (PZK) – potrzeba standaryzacji, lepszej infrastruktury i wsparcia IT.
- Nierównomierny dostęp do świadczeń – różnice regionalne, ograniczenia w hospitalizacji i leczeniu dziennym (szczególnie w czasie pandemii).
- Brak elastyczności w dostosowywaniu oferty do potrzeb pacjentów (np. działania kryzysowe, wsparcie dzienne, aktywizacja zawodowa).
- Brak zmian na zgłaszane problemy z realizacją usług, których koszty przewyższają korzyści i powielają istniejące już na danym terenie zabezpieczenie mieszkańców, np. dyżury nocne w centrach zdrowia psychicznego;
- Kontraktowanie umów przez Płatnika z innymi świadczeniodawcami na obszarze odpowiedzialności terytorialnej;

6. Współpraca i integracja

- Niewystarczająca współpraca z pomocą społeczną i innymi sektorami (np. MON, MSWiA, NGO).
- Lokalne Rady ds. Zdrowia Psychicznego wspierające rozwój i monitorowanie centrów zdrowia psychicznego identyfikowano jako pojedyncze dobre praktyki a nie jako rozwiązanie systemowe.

7. Rozwój i upowszechnianie modelu

- Ograniczona liczba realizatorów pilotażu – potrzeba sukcesywnego włączania nowych podmiotów.
- Brak odpowiednich materiałów informacyjnych dla pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Podsumowanie

- 1) Planowanie systemowych zmian w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień powinno uwzględniać czynniki demograficzne i zmianę struktury wiekowej populacji objętych wsparciem centrum zdrowia psychicznego;

- 2) Rozwiązania finansowe oparte o budżet populacyjny liczony na bazie stawki na mieszkańca powinny uwzględniać migracje ludności *in plus* i *in minus* w zależności od regionu/powiatu;
- 3) Przewidywalny budżet populacyjny powinien być naliczany i rozliczany wg jasnych zasad, ściśle powiązany z efektywnością pracy centrum zdrowia psychicznego;
- 4) Niezbędne są regulacje prawne pozwalające na efektywną współpracę JST i centrum na rzecz danej społeczności lokalnej;
- 5) Konieczne jest określenie ścieżek koordynacji z podstawową opieką zdrowotną w ramach opieki stopniowanej. Standard opieki stopniowanej powinien uwzględnić odpowiednią alokację kwalifikacji specjalistów na kolejnych etapach leczenia;
- 6) Niezbędne jest rozróżnienie między trzema odrębnymi grupami pacjentów, których system ochrony zdrowia powinien objąć opieką:
 - a) osoby zagrożone wystąpieniem problemów (kryzysu) ze zdrowiem psychicznym;
 - b) osoby z łagodnymi i łagodnymi do umiarkowanych problemami ze zdrowiem psychicznym;
 - c) osoby z umiarkowanymi do ciężkich i ciężkimi problemami ze zdrowiem psychicznym;
- 7) Wdrożenie leczenia specjalistycznego dla np. lekoopornych chorób psychicznych;
- 8) Nawiązanie strukturalnej współpracy między zespołem ds. Zdrowia psychicznego pierwszej linii w ramach centrum zdrowia psychicznego a podmiotami z innych sektorów, w tym realizacja programów zdrowia psychicznego w miejscu pracy i szkole;
- 9) Monitoring pracy centrów zdrowia psychicznego powinien uwzględniać zmienne i wskaźniki, które są powiązane z celami zdrowotnymi oraz specyfiką leczenia psychiatrycznego;
- 10) Szersze i bardziej zaawansowane wykorzystanie narzędzi telepsychiatrii, aby zoptymalizować wsparcie i koordynację mieszkańców w centrach zdrowia psychicznego;
- 11) W ramach wdrażania dyrektywy EHDS i rozwoju systemów e-zdrowia konieczne jest opracowanie systemu pomiaru kosztów pośrednich poprzez np. Integrację ze świadczeniami ZUS oraz systemami ministerstwa edukacji narodowej, ministerstwa rodziny, pracy i polityki Społecznej oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Propozycje systemowych rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego

Dokument *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.* (Ministerstwo Zdrowia, 2021) formułuje szereg wniosków opartych na analizach epidemiologicznych, które podkreślają rosnące obciążenie zaburzeniami psychicznymi w Polsce, ich wpływ na społeczeństwo oraz potrzebę reform systemowych. Poniżej kluczowe wnioski, które wskazują na niedobory w opiece, wzrost kosztów i konieczność deinstytucjonalizacji.

Tabela 11. Kluczowe rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia psychicznego (Ministerstwo Zdrowia, 2021)

Obszar	Szczegóły rekomendacji i działań
Reformy systemowe	Przejsięcie na opiekę środowiskową i deinstytucjonalizację: rozwój ośrodków dziennych, zespołów środowiskowych, terapii rodzinnej, aby zmniejszyć hospitalizacje. Integracja opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną i pomocą społeczną. Wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2023–2030, z pilotażami centrów zdrowia psychicznego docelowo 300 do 2030 r. Wdrożenie koordynacji: ścieżki pacjenta, zespoły wielodyscyplinarne, e-zdrowie dla monitoringu.
Inwestycje i finansowanie	Zwiększenie nakładów z 3,4% do wyższego poziomu wydatków zdrowotnych. Wykorzystanie funduszy UE na infrastrukturę (modernizacja 75% placówek). Rozwój kadr przez szkolenie psychiatrów, psychologów, terapeutów środowiskowych (zwłaszcza dla dzieci/seniorów) - zwiększenie liczby specjalistów do standardów WHO.
Profilaktyka i edukacja	Wdrożenie programów profilaktycznych oraz destygmatyzacja i promocja zdrowia psychicznego w szkołach, miejscach pracy. Wdrożenie wczesnych interwencji, w tym screeningi dot. wykrywania depresji, zaburzeń lękowych, wsparcie dla grup ryzyka (seniorzy, dzieci, ofiary przemocy). Redukcja samobójstw przez działania zdefiniowane w Narodowym Programie Zdrowia, szkolenia dla POZ.

Specyficzne grupy	Dzieci/młodzież: rozwój 24/7 opieki, telepsychiatrii, integracja z edukacją.
	Seniorzy: opieka długoterminowa, zapobieganie demencji poprzez styl życia.
	Uzależnienia: integracja z psychiatrią, rozwój terapii ambulatoryjnych.
Monitoring i dane	Tworzenie rzetelnych danych epidemiologicznych - regularne badania epidemiologiczne (EZOP),
	Integracja sprawozdawczości w ochronie zdrowia psychicznego z EHDS (Europejska Przestrzeń Danych Zdrowotnych)
	Opracowanie prognoz obciążenia zaburzeniami i chorobami psychicznymi do 2030 r.

Zespół uwzględnił w/w rekomendacje, niemniej niektóre z nich są już aktualnie realizowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Załącznik nr 2 zawiera wykaz dokumentów, raportów, analiz, które były podstawą tworzenia rozwiązań. Uwzględniają one propozycję wypracowaną w ramach Rady ds. zdrowia psychicznego⁴, rekomendacje międzynarodowe oraz aktualną wiedzę medyczną dotyczącą organizacji ochrony zdrowia, naukowe analizy związane z centrami zdrowia psychicznego (Balicki i in., 2025; Biechowska i in., 2022; Cechnicki i Wciórka, 2025; Lisiecka – Biełanowicz i in., 2023; Kiejna i in., 2023; Rowiński i Depukat, 2024), analizy statystyczne Narodowego Funduszu Zdrowia, opracowania własne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz *Consensus Statement* i *Rapid Assessment* WHO (**Załącznik nr 3**), które zostały przygotowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach prac Zespołu.

System referencyjny w psychiatrii dorosłych

Zespół rekomenduje, aby system psychiatrii środowiskowej w Polsce wdrożył opiekę stopniowaną według poziomów referencyjnych. W przeciwieństwie do psychiatrii dziecięcej (poziomy strukturalne) w psychiatrii dorosłych opracowano poziomy funkcjonalne. Dalszy rozwój systemu wymaga wdrożenia opieki stopniowanej ze szczególnym uwzględnieniem roli podstawowej opieki zdrowotnej.

I poziom referencyjny, czyli centra zdrowia psychicznego, który byłby wdrażany od stycznia 2026 r. na terenie całego kraju odpowiada za zapewnienie kompleksowej pomocy większości pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Kluczowym elementem tego poziomu jest szybki dostęp do pomocy w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym (obejmującym także triaż psychiatryczny, por. oraz skoordynowane świadczenia ambulatoryjne realizowane w formie dziennej, ambulatoryjnych usług w miejscu pobytu pacjenta oraz w miejscu udzielania

⁴ Raport z prac Zespołu ds. transformacji systemu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w tym opracowania zasad wdrożenia nowego modelu organizacji i finansowania.

świadczeń przez podmiot leczniczy. Ważnym zadaniem jest także wprowadzenie programów krótkoterminowej psychoterapii indywidualnej i grupowej (mających EBM), wsparcia psychologicznego (np. programy WHO) i społecznej integracji oraz koordynacji leczenia w miejscu zamieszkania pacjenta z podstawową opieką zdrowotną (wdrożenie mhGAP). Głównym celem I poziomu jest zapewnienie dostępnej, szybkiej i kompleksowej pomocy blisko domu w ramach współpracy międzysektorowej, szczególnie z sektorem pomocy społecznej.

II poziom referencyjny obejmuje opiekę wysokospecjalistyczną. Programy specjalistyczne mają być wdrażane od 2026 r., po wycenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Do tego poziomu kierowani będą pacjenci, którzy nie odpowiedzieli na leczenie w centrum zdrowia psychicznego lub wymagają szczególnej diagnostyki i terapii, np. w przypadkach lekooporności (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja, OCD), zaburzeń przewlekłych i ciężkich, rzadkich schorzeń psychiatrycznych czy współwystępowania trudnych chorób somatycznych.

Zespół proponuje, aby do świadczeń II poziomu referencyjnego zaliczyć:

- psychiatryczne leczenie dorosłych z lekoopornymi zaburzeniami afektywnymi i psychotycznymi (hospitalizacja całodobowa do 12 tygodni),
- świadczenia psychogeriatryczne (hospitalizacja do 24 tygodni),
- rehabilitację psychiatryczną (hospitalizacja do 12 tygodni),
- leczenie zaburzeń nerwicowych i osobowości (całodobowe, dzienne, ambulatoryjne, od kilkudziesięciu do ponad 100 tygodni),
- leczenie zaburzeń odżywiania (całodobowe lub ambulatoryjne, do 112 tygodni),
- diagnostykę i leczenie parafilii (ambulatoryjnie, do 224 tygodni),
- leczenie pacjentów ze współwystępującymi uzależnieniami (całodobowe do 12 tygodni lub ambulatoryjne bez limitu czasowego),
- kompleksową diagnozę i leczenie zaburzeń stresowych (hospitalizacja do 24 tygodni lub ambulatoryjnie bez limitu).

III poziom referencyjny obejmuje procedury wysokospecjalistyczne, takie jak leczenie lekoopornej depresji z zastosowaniem esketaminy, ketaminy, elektrowstrząsów czy przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (rTMS). Będą to programy diagnostyczno-terapeutyczne o najwyższym stopniu specjalizacji, powinny być adekwatnie wycenione możliwe do wdrożenia po spełnieniu odpowiednich warunków.

Wskazane jest opracowanie standardu organizacyjnego oraz diagnostyczno-terapeutycznego dla leczenia specjalistycznego w psychiatrii dorosłych w ramach ośrodka, który będzie monitorował transformację systemu ochrony zdrowia psychicznego.

W **III poziomie referencyjnym** przewidziano dostęp do kompleksowej diagnostyki psychiatrycznej, psychologicznej i somatycznej oraz specjalistycznego personelu medycznego i psychoterapeutycznego. Zapewnione będzie stosowanie wszystkich obecnie dostępnych form leczenia farmakologicznego i biologicznego, w tym nowoczesnych leków o przedłużonym działaniu, leków zarezerwowanych do programów lekowych, a także terapii biologicznych,

takich jak elektrowstrząsy (ECT), przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS), przezczaszkowa stymulacja prądem stałym (tDCS), ketamina czy esketamina. Leczenie odbywać się będzie w oddziałach specjalistycznych (np. zaburzeń afektywnych, psychoz, osobowości, detoksykacyjnych). Placówkami odpowiedzialnymi za II poziom będą szpitale psychiatryczne oraz kliniki uniwersyteckie. Celem tego poziomu jest koncentracja specjalistycznej wiedzy i metod leczenia dla pacjentów najtrudniejszych diagnostycznie i terapeutycznie.

Mapy odpowiedzialności terytorialnej

W trakcie pilotażu przyjęto zasadę odpowiedzialności terytorialnej, która jest kluczowa dla modelu psychiatrii środowiskowej. Obszar jest rozumiany za Balickim i in. (2025). Pozwala ona na:

- 1) elastyczną organizację świadczeń zdrowotnych w zależności od potrzeb zdrowotnych;
- 2) dostosowanie oferty centrum zdrowia psychicznego do sytuacji danej populacji;
- 3) kształtowanie tak usług, aby dostępność do nich była odpowiednia i gwarantowała udzielenie pomocy kiedy jest ona potrzebna, z uwzględnieniem triażu psychiatrycznego;
- 4) budowanie koordynacji i współpracy w społeczności lokalnej z określeniem odpowiedzialności w ramach współpracy międzysektorowej;
- 5) określenie populacji pełnoletnich mieszkańców dla których jest tworzona oferta terapeutyczna;
- 6) realne włączenie JST we wsparcie i pomoc dla mieszkańców, którzy mają specjalne potrzeby oraz wykorzystanie zasobów lokalnych.

W ramach Biura ds. Pilotażu opracowano pierwsze wersje map w uzgodnieniu z JST, oddziałami wojewódzkimi NFZ oraz regionalnymi Radami ds. zdrowia psychicznego przy urzędach marszałkowskich (jeżeli funkcjonowały). **Załącznik nr 4** zawiera mapy opracowane w 2022 roku, które wymagają aktualizacji z regionalnymi interesariuszami.

Zasady tworzenia map odpowiedzialności terytorialnej w pilotażu centrów zdrowia psychicznego powinny zostać utrzymane w rozwiązaniu docelowym. Biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy mapy powinny:

- 1) mieć delegację ustawową do ich zatwierdzania przez Ministra Zdrowia i opracowania w regionach;
- 2) obszary odpowiedzialności terytorialnej powinny być tożsame z obszarem kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) uwzględniać ekstraordynaryjną sytuację obszarów, w którym będzie działać więcej niż jedno centrum zdrowia psychicznego np. w Lublinie czy Białymstoku.
- 4) Zespół rekomenduje stosowanie procedury podziału tych obszarów wg kodów terytorialnych ulic z korektą na rzeczywistą i równomierną populację zamieszkującą danych obszar;
- 5) wymaga to zmian legislacyjnych w Rozporządzeniu o ogólnych warunkach umów: oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia powinny mieć możliwość negocjacji z wybranymi podmiotami leczniczymi danych obszarów oraz dołączanie nowopowstałych ulic do danego obszaru;
- 6) rozwiązanie powinno być zastosowane już od 1 stycznia 2026 roku ze względu na zidentyfikowane problemy z płynnością finansową realizatorów pilotażu w obszarach gdzie działa więcej niż jedno centrum zdrowia psychicznego, np. w Lublinie.

Finansowanie centrów zdrowia psychicznego

Zgodnie z propozycją przyjętą w ramach prac zespołu, finansowanie centrum miałoby opierać się na modelu mieszanym (budżet populacyjny + komponent zadaniowy + premia jakościowa). Budżet byłby naliczany na dany obszar odpowiedzialności terytorialnej w powiązaniu z liczbą pełnoletnich mieszkańców niezbędny na pokrycie kosztów leczenia zgodnie z art. 5a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Lokowanie centrów zdrowia psychicznego i miejsc udzielania świadczeń powinno być zgodne z mapami odpowiedzialności terytorialnej, które powinny być uzgodnione z regionami i opublikowane, np. w Krajowym Planie Transformacji oraz w Wojewódzkich Planach Transformacji w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Proponowane kierunki zmian obejmują:

- uzależnienie płatności od oferty terapeutycznej i faktycznej liczby pacjentów objętych opieką (komponent zadaniowy);
- wprowadzenie dodatkowych komponentów budżetu populacyjnego za prowadzenie określonych form opieki, np. zespołów mobilnych, interwencji środowiskowych czy oddziałów dziennych;
- powiązanie finansowania z jakością i efektywnością działań (komponent jakościowy);
- zróżnicowanie finansowania w zależności od liczby i kategorii pacjentów, a nie tylko od samej gotowości do świadczenia usług (komponent zadaniowy).

Zwrócono uwagę na konieczność zaplanowania okresu przejściowego oraz narzędzi wspierających podmioty lecznicze oraz transformację systemu ochrony zdrowia psychicznego we wdrażaniu nowego rozwiązania.

Ważne pozostaje określenie liczby mieszkańców w sytuacji, gdy na danym obszarze będzie lokowane więcej niż jedno centrum zdrowia psychicznego, np. Lublin. Wówczas budżet jak i odpowiedzialność za konkretnych mieszkańców będzie można mierzyć zaproponowanymi wskaźnikami oraz przewidzieć odpowiednie wartości dla składowej funkcjonalnej.

W konstrukcji budżetu populacyjnego znajdują się trzy elementy:

- **stawka bazowa** – określana w oparciu o populację mieszkańców z obszaru odpowiedzialności terytorialnej;
- **składowa jakościowa** – uzależniona od spełniania wskaźników jakości (np. czas pierwszej wizyty, liczba rehospitalizacji);
- **składowa funkcjonalna** – zależna od liczby i kategorii pacjentów oraz stopnia zaangażowania zasobów centrum w proces leczniczy.

Budżet populacyjny będzie ustalany na okres roczny, co zapewni większą stabilność i przewidywalność finansowania.

Rysunek 24. Propozycja struktury budżetu populacyjnego centrum zdrowia psychicznego



Adnotacje. Opracowanie własne AOTMiT

Komponent jakościowy

Propozycja wskaźników jakościowy w pierwszych latach rozwiązania systemowego mających powiązanie z budżetem populacyjnym.

- Pierwsza interwencja/wizyta specjalistyczna po pierwszorazowym zgłoszeniu do PZK – do 14 dni/ do 30 dni/ do 90 dni. Po 3 latach bez kontaktu z centrum zdrowia psychicznego traktowana jest jako pierwszorazowe zgłoszenie.
- Odsetek osób dorosłych z obszaru odpowiedzialności terytorialnej objętych opieką
- Liczba pacjentów w opiece czynnej, którzy w zakończonym okresie rozliczeniowym nie byli hospitalizowani / wszystkich pacjentów w opiece czynnej
- Średnia długość hospitalizacji oraz długość hospitalizacji w podziale na grupy zaburzeń psychicznych (niepsychotyczne, psychotyczne, organiczne)
- Odsetek pacjentów, u których stosowano w leczeniu leki o przedłużonym uwalnianiu w formie iniekcji
- Odsetek pacjentów hospitalizowanych, u których doszło do rehospitalizacji w ciągu 2 tygodni od wypisu, miesiąca od wypisu lub w ciągu 6 miesięcy od wypisu (z wyłączeniem rozpozn: F10-F19)
- Odsetek pacjentów, którzy otrzymali usługi ambulatoryjne w ciągu 1 miesiąca, 3 miesięcy, 6 miesięcy od wypisu ze szpitala
- Odsetek pacjentów w opiece czynnej / w stosunku do hospitalizowanych

Propozycja wskaźników niefinansowych, ale monitorowanych na poziomie obszaru odpowiedzialności terytorialnej:

- Odsetek pacjentów hospitalizowanych/ korzystających ze świadczenia całodobowego, u których odbyła się sesja koordynacji pomiędzy specjalistami świadczenia całodobowego a świadczenia ambulatoryjnego

- Odsetek pacjentów z więcej niż 1 hospitalizacją w ciągu roku (z wyłączeniem rozpoznań: F10-F19)
- Odsetek usług realizowanych z włączeniem asystenta zdrowienia
- Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi na obszarze działania (programy profilaktyczne w szkołach, miejscach pracy)
- Umożliwić osobom na pierwszej linii pomocowej rozpoznawanie i reagowanie na problemy psychiczne (np. współpraca w ramach programu „Moje zdrowie”);
- Odsetek personelu podnoszącego swoje kwalifikacje (np. certyfikowane kursy, specjalizacja)
- Odsetek pacjentów uczestniczących w zajęciach psychoedukacji
- Odsetek pacjentów korzystających po hospitalizacji w zajęciach w klubie pacjenta

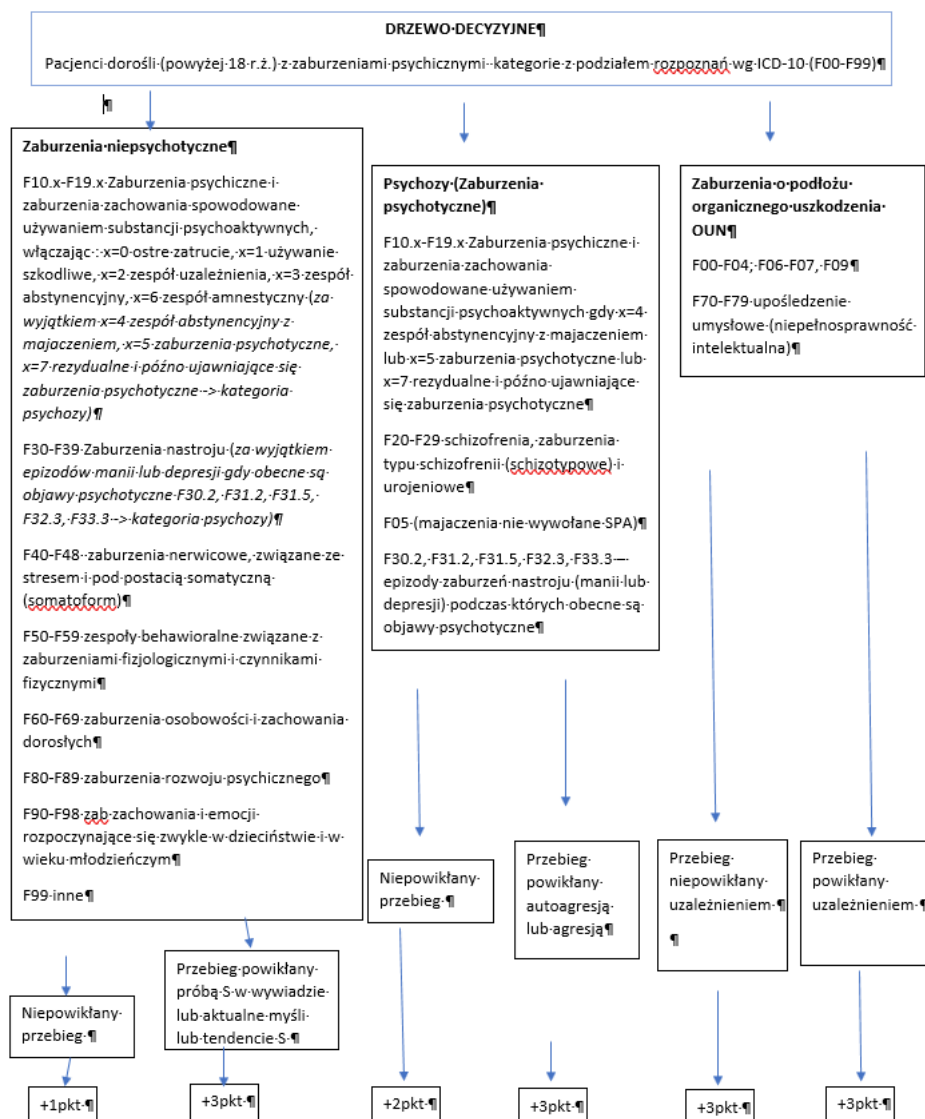
Komponent za funkcję

Zespół proponuje uwzględnienie w komponencie zadaniowym trzy grupy pacjentów:

- 1) z zaburzeniami niepsychotycznymi
- 2) zaburzeniami psychotycznymi oraz
- 3) zaburzeniami o podłożu organicznym

Rysunek poniżej przedstawia propozycje wyjściową do dalszych prac legislacyjnych.

Rysunek 25. Propozycja grupowania pacjentów w centrum zdrowia psychicznego w ramach komponentu funkcji



Adnotacje. Opracowanie własne

Podział budżetu populacyjnego oraz jego rozliczenie na obszarze odpowiedzialności terytorialnej w którym świadczenie kompleksowe realizują dwa podmioty lecznicze wymaga dodatkowych analiz i testowania w 2026 roku w ramach symulacji na rzeczywistych danych. Jest to możliwe na obszarach, gdzie działa tzw. centrum zdrowia psychicznego typu B.

Ryczałt roczny powinien gwarantować bezpieczne wyjście z okresu pilotażu oraz możliwość rozwoju centrum zdrowia psychicznego, uwzględniając sytuację w której świadczenia ambulatoryjne oraz całodobowe i stacjonarne są realizowane przez dwa niezależne podmioty.

Struktura udzielania świadczeń w centrum zdrowia psychicznego

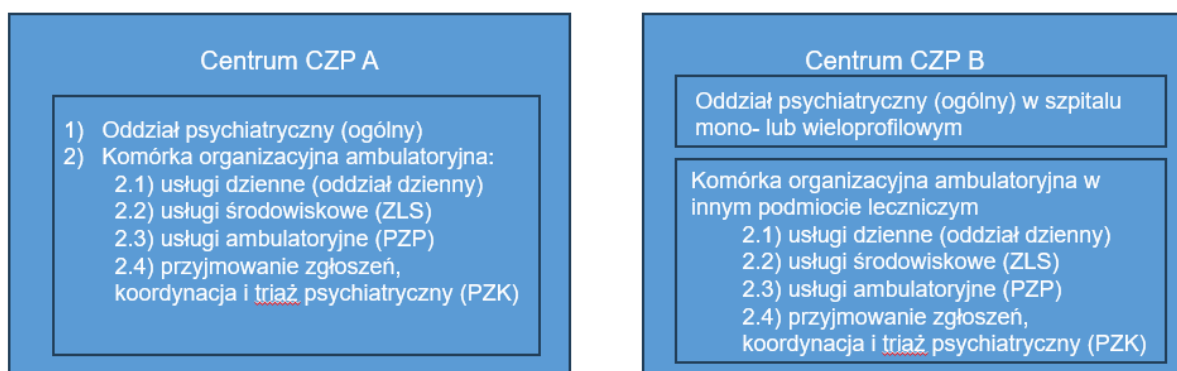
W trakcie pilotażu pokazano istotne bariery w implementacji kompleksowego modelu leczenia mieszkańców zgodnie z art. 5a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Bariery te zostały opisane w raportach rocznych Biura ds. Pilotażu NPOZP oraz w raporcie Zespołu ds. transformacji przy Radzie ds. zdrowia psychicznego.

W przypadku 27 centrów zdrowia psychicznego wskazywały na ograniczone zdolności organizacyjne systemu ochrony zdrowia w kontekście skalowania CZP typu A. Dlatego biorąc bariery instytucjonalne i kadrowe wynikające z art. 5a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Zespół rekomenduje następujące rozwiązanie strukturalno-organizacyjne.

Zespół rekomenduje określenie obszarów odpowiedzialności terytorialnej w ramach których centrum zdrowia psychicznego będzie prowadzone przez jeden lub dwa podmioty lecznicze zgodnie z poniższym schematem realizacji świadczeń zdrowotnych.

Rysunek 26. Schematyczna struktura centrum zdrowia psychicznego

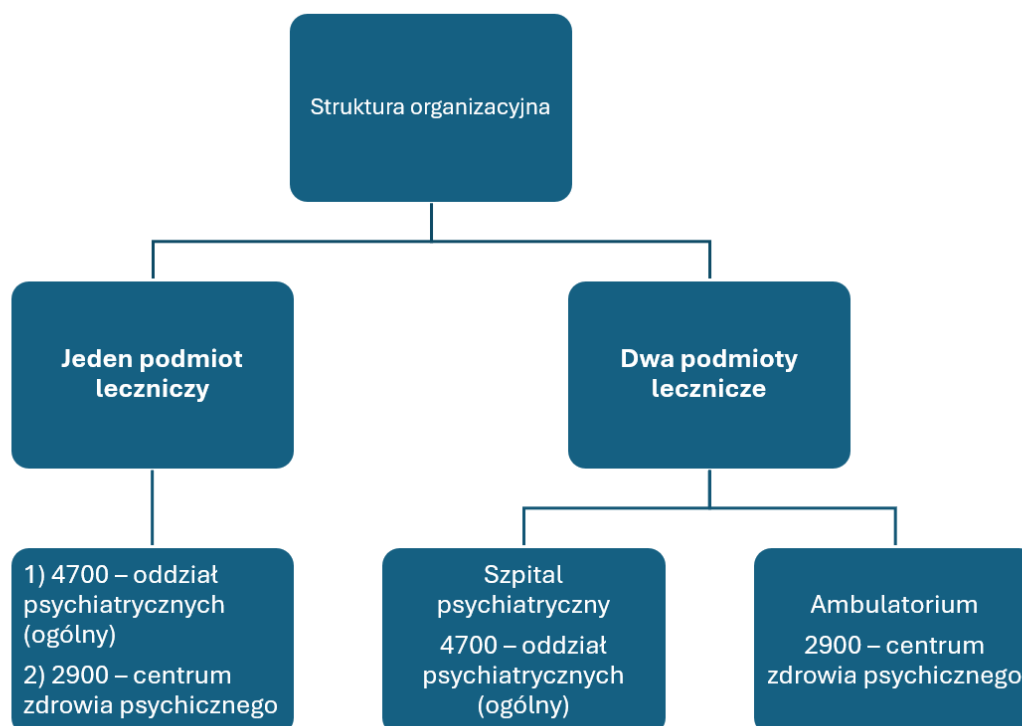


Adnotacje. Opracowanie własne

W wariantcie pierwszym (CZP typu A) na jednym obszarze odpowiedzialności terytorialnej jest estymowany jeden budżet na kompleksowe leczenie zgodnie z art. 5a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Centrum znajduje się w jednym podmiocie leczniczym, który posiada dwie komórki organizacyjne realizujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w ramach jednej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W wariantcie drugim (CZP typu B oraz oddział psychiatryczny (ogólny) w szpitalu mono-lub wieloprofilowym) leczenie kompleksowe jest zabezpieczone przez dwa podmioty lecznicze dla mieszkańców obszaru odpowiedzialności terytorialnej. Szpital psychiatryczny zapewniający leczenie całodobowe i stacjonarne oraz podmiot leczniczy zapewniający leczenie w trybie ambulatoryjnym w ramach oddzielnych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kontrakty są prowadzone i rozstrzygane w tym samym terminie.

Rysunek 27. Struktura organizacyjna centrum zdrowia psychicznego w dwóch wariantach



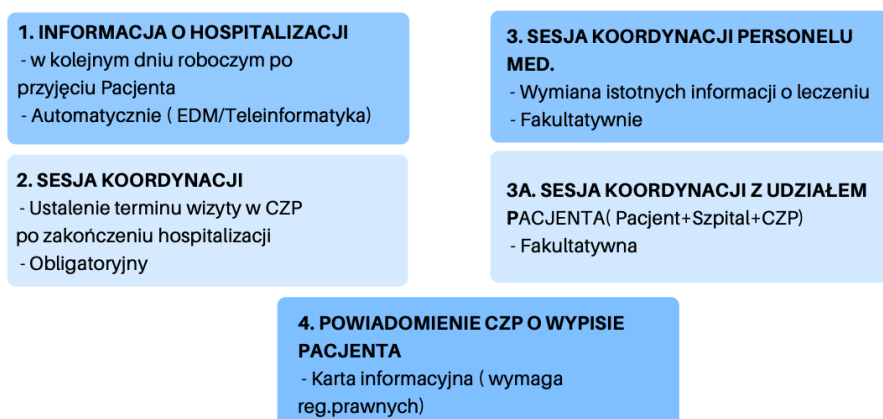
Adnotacje. Opracowanie własne

W wariantcie , w którym kompleksowe leczenie dla mieszkańców z obszaru odpowiedzialności terytorialnej jest prowadzone przez dwa niezależne podmioty budżet populacyjny powinien zostać podzielony na dwie umowy 1) na świadczenia ambulatoryjne i 2) na świadczenia całodobowe i stacjonarne z OW Narodowego Funduszu Zdrowia.

W przypadku wariantu, w którym dwa podmioty lecznicze zabezpieczają kompleksowe leczenie mieszkańców na obszarze odpowiedzialności terytorialnej, niezbędne jest oszacowanie kosztów opieki całodobowej (interwencyjnej i hospitalizacji) na oddziale psychiatrycznym - jako % budżetu populacyjnego - przy docelowej liczbie łóżek na 100.000 mieszkańców pełnoletnich na obszarze odpowiedzialności terytorialnej.

Kluczowa jest koordynacja/nawigacja pacjenta pomiędzy szpitalem psychiatrycznym a częścią ambulatoryjną. Poniżej rekomendacja Zespołu jako propozycja wyjściowa do dalszych prac legislacyjnych.

Rysunek 28. Propozycja ścieżki koordynacji pomiędzy oddziałem ogólnopsychiatrycznym a ambulatoryjną częścią centrum zdrowia psychicznego



Adnotacje. Opracowanie własne

Transformacja leczenia szpitalnego na oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) powinna być zaplanowana z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

W celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz środków na transformację leczenia stacjonarnego z ogólnopsychiatrycznego na specjalistyczne Zespół rekomenduje **trzyletni okres przejściowy** i proponuje następujące warunki:

- 1) podstawą planu transformacji jest budżet z roku poprzedzającego w zakresie leczenia stacjonarnego i całodobowego na oddziałach psychiatrycznych (ogólnych);
- 2) w pierwszym roku transformacji proponuje się wskaźnik 33 łóżek/100.000 populacji dorosłej, po dwóch latach 28 łóżek/100.000;
- 3) docelowy wskaźnik to 25 łóżek/100.000 mieszkańców pełnoletnich

Dojście do tego wskaźnika powinno być zaplanowane z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i stabilności finansowej podmiotów leczniczych z uwzględnieniem rekomendacji dotyczących leczenia specjalistycznego w II i III poziomie referencyjnym.

Rozwiązanie powinno uwzględniać realną sytuację szpitali psychiatrycznych oraz ich budżety historyczne. Powinno być powiązane z rozwojem leczenia specjalistycznego w trybie stacjonarnym i całodobowym w szpitalach psychiatrycznych. Podmioty lecznicze powinny mieć możliwość zabezpieczenia finansowego na czas transformacji.

Budżet centrum zdrowia psychicznego powinien być powiązany z liczbą mieszkańców pełnoletnich obszaru odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku realizacji kompleksowych świadczeń zdrowotnych przez dwa podmioty lecznicze podział środków powinien uwzględniać koszty związane z leczeniem mieszkańców przy warunkach jego realizacji zgodnie z rekomendacjami, tj. 0,6 etatu specjalisty na 1.000 mieszkańców pełnoletnich, minimalnej liczbie specjalistów zgodnie ze "Standardem organizacyjnym centrum zdrowia psychicznego"

wypracowanym w Biurze ds. Pilotażu NPOZP oraz rekomendacjami międzynarodowymi dotyczącymi proporcji nakładów na leczenie ambulatoryjnej oraz całodobowe i stacjonarne w opiece psychiatrycznej.

Proponowany harmonogram

Zespół rekomenduje trzy etapy wychodzenia z pilotażu, przy założeniu, że program pilotażowy zostanie przedłużony do 31 grudnia 2026 r. Dodatkowo należy uwzględnić, że będzie to proces wspierany w ramach programu FERS⁵. Mapa drogowa dla całego systemu została opracowana w *Consensus Statement* (WHO/MZ; 2024) i była aktualizowana w trakcie prac Zespołu ds. transformacji oraz została przesłana do Ministerstwa Zdrowia (WHO; 2024 – „Międzysektorowy Plan Działań (Mapa Drogowa) dla Zdrowia Psychicznego w Polsce 2025-2028”). Harmonogram przewiduje trzy etapy wdrożenia:

w okresie 10-12.2025

- 1) Nowelizacja rozporządzenia pilotażowego pod kątem:
 - a. zmiany finansowania zgodnie z rekomendacją AOTMiT przygotowujące realizatorów pilotażu do bezpiecznego przejścia do rozwiązań systemowych;
 - b. nowego sposobu naliczania budżetu w miastach, w których funkcjonuje więcej niż jedno centrum zdrowia psychicznego;
 - c. wdrożenie wskaźników jakościowych i ilościowych pozwalających na określenie wartości dla komponentów jakościowego i funkcji w budżetach populacyjnych (etap testowania) w ramach pilotażu (docelowo zapisy powinny być wprowadzone do Rozporządzenia o ogólnych warunkach umów od 1.2027);
- 2) Przesłanie do konsultacji społecznych propozycji rozporządzenia MZ „Standard opieki w centrach zdrowia psychicznego” – wersja 1
 - a. zapisanie zasad współpracy pomiędzy częścią ambulatoryjną i szpitalną
- 3) aktualizacja map odpowiedzialności terytorialnej we współpracy z samorządami
 - a. przygotowanie i uzgodnienie zmian legislacyjnych pod kątem wdrożenia delegacji dla MZ do tworzenia map odpowiedzialności terytorialnej
 - b. przyjęcie map w rozporządzeniu pilotażowym, po zakończeniu procesu zmian ustawowych – w Obwieszczeniu MZ Krajowy Plan Transformacji
- 4) powołanie zespołu specjalistów w MZ nadzorujących pilotaż i monitorowanie z implementacji modelu opieki psychiatrycznej
- 5) Nowelizacja Rozporządzenia o ogólnych warunkach umów pozwalające prawidłowe mierzenie odpowiednich wskaźników jakościowych
- 6) Umocowanie formalne ośrodka monitorującego transformację systemu
- 7) Oszacowanie stawki bazowej, komponentu jakościowego oraz funkcji dla centrów zdrowia psychicznego, w celu przeprowadzenia symulacji skutków finansowych w 2026 roku.

⁵ Działanie FERS.04.15 Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia. Tytuł projektu „Ochrona zdrowia psychicznego w dobie wyzwań - wsparcie procesu reform”

w okresie 01-12.2026

- 1) przygotowanie zmian ustawowych i nowelizacji rozporządzeń pod kątem wdrożenia centrów zdrowia psychicznego:
 - a. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego umożliwiającej dalsze istnienie centrum zdrowia psychicznego w wariantcie drugim (CZP typu B)
 - b. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: wprowadzenie zapisu dot. map odpowiedzialności terytorialnej rozumianych jako obszary kontraktowania, w tym szczególnych warunków dotyczących tworzenia więcej niż jednego centrum zdrowia psychicznego na obszarze odpowiedzialności terytorialnej, np. w Lublinie
 - c. Rozporządzenie o kodach resortowych: wprowadzenie nowej komórki organizacyjnej
 - d. Rozporządzenie o rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: dopuszczenie technicznej możliwości rejestracji kilku miejsc udzielania świadczeń w ramach nowej komórki,
 - e. Rozporządzenie o ogólnych warunkach umów: wdrożenie zapisów pozwalających na implementację nowego modelu finansowania centrum zdrowia psychicznego
 - f. przygotowanie wersji drugiej rozporządzenia o Standardzie opieki w centrach zdrowia psychicznego po pierwszych wynikach wdrożenia wersji 1
 - i. wdrożenie opieki stopniowanej i ścieżki pacjenta w CZP
- 2) przygotowanie zmian ustawowych lub nowej ustawy o przetwarzania informacji w ramach współpracy międzysektorowej
- 3) wstępna symulacja budżetu populacyjnego w podziale na jego trzy komponenty
- 4) ocena potrzeb zdrowotnych, opracowanie i wycena świadczeń realizowanych na II i III poziomie referencyjnym

po 01. 2027

- 1) monitorowanie i walidacja danych z zakresu 04 PSY: decyzje dot. aktualizacji rozwiązań prawnych
- 2) nowelizacja ustawy ustawa o dostępie do informacji dla obywateli/li oraz współpracy międzysektorowej (do rozważenia)
- 3) symulacja wartości budżetu populacyjnego, w tym informacja zwrotna do podmiotów leczniczych o potencjalnych prognozach ze względu na realizację wskaźników po 06.2027 (przewidywalność budżetu)

Bibliografia

- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., He, Y., Uribe, M., ... & Kessler, R. C. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Babicki, M., Kowalski, K., Bogudzińska, B., Mastalerz-Migas, A. (2023). The mental health of Poles during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), Article 2000. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032000>
- Balicki, M., Biechowska, D., Cechnicki, A., Ciuńczyk, I., Głowacka-Cieślicka, K., Karakuła-Juchnowicz, H. ... Wciórka, J. (2025). Rekomendacje Grupy roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w sprawie zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych. Część 1. Lista kontrolna dotycząca rozwiązań ustawowych. *Psychiatria Polska*, 59(4), 679-696. <https://doi.org/10.12740/PP/210181>
- Baldwin, D. S., Waldman, S., & Allgulander, C. (2011). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(5), 697-710. <https://doi.org/10.1017/S1461145710001434>
- Barbato, A., D'Avanzo, B., Parabiaghi, A. (2020). Access to mental health care in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e162. https://www.researchgate.net/publication/319329050_Access_to_Mental_Health_Care_in_Europe
- Biechowska, D., Lisiecka-Biełanowicz, M., Kiejna, A. (2022). Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego. *Psychiatria Polska*, 56(2), 205–216. <https://doi.org/10.12740/PP/145259>
- Biechowska, D. i Sowińska, M. (2025). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. W: Wojtyniak, B i Smaga, A. (2025) (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, s. 253–271. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/download/40634/>
- Bogusławski, S., Wróbel, K., Stokwiszewski, J., Smaga, A., Wojtyniak, B. (2025). Subiektywna ocena zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. W: Wojtyniak i Smaga (2025) (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, s. 397–421.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy
<https://www.pzh.gov.pl/download/40644/>

- Boucher, V. G., Dahl, M., Lee, J., Faulkner, G., Beauchamp, M. R., & Puterman, E. (2025). An umbrella review and meta-analysis of 87 meta-analyses examining healthcare workers' mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 375, 423–436. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.109>
- Bystritsky, A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 11(9), 805–814. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001852>
- Care for Mental Health Conditions in Jamaica (2019). *The Case for Investment. Evaluating the Return on Investment of Scaling Up Treatment for Depression, Anxiety, and Psychosis*. Washington, D.C.: UNIATF, UNDP and PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51834>
- Cechnicki, A., Wciórka, J. (red.). (2025). *Psychiatria środowiskowa*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. <https://doi.org/10.53271/2025.138>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Christensen, M. V., Dalsgaard, S., Pedersen, J., & Ekholm, O. (2022). The health care cost of comorbidity in individuals with mental disorders: A Danish register-based study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(12), 1471–1480. <https://doi.org/10.1177/00048674221129184>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Deloitte. (2024). *The economic burden of mental health inequities*. Deloitte Insights. <https://www.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/economic-burden-mental-health-inequities.html>
- European Brain Council. (2021). *Rethinking schizophrenia: Policy white paper*. Brussels: European Brain Council. <https://www.braincouncil.eu/initiative/rethinking-schizophrenia/>

- Eurostat. (2024, May 3). *EU life expectancy estimated at 81.5 years in 2023*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240503-2>
- EY. (2024). *Rynek usług medycznych w Polsce*. EY Polska. https://www.ey.com/pl_pl/newsroom/2024/10/konsolidacja-ochrony-zdrowia
- Fitzsimons, E., Goodman, A., Kelly, E., Smith, J. (2017). Poverty dynamics and parental mental health: Determinants of childhood mental health in the UK. *Social Science Medicine*, 175, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.040>
- Fekadu, A., Demissie, M., Birhane, R., Medhin, G., Bitew, T., Hailemariam, M., ... & Prince, M. (2022). Under detection of depression in primary care settings in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01893-9>
- Gawrych, M. (2022). Zdrowie psychiczne pracowników medycznych w czasie pandemii COVID-19 – przegląd literatury. *Psychiatria Polska*, 56(2), 289–296. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/127217>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. (2023). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 402(10398), 1782-1834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)
- Główny Urząd Statystyczny. (2023). *Prognoza ludności rezydującej 2023–2060 (wariant średni)*. Warszawa: GUS. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/prognoza-ludnosci-rezydujacej-na-lata-2023-2060,1,4.html>
- Główny Urząd Statystyczny. (2024). *Trwanie życia w 2023 roku*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html>
- Health Service Executive. (2021). *ABF Programme Implementation Plan 2021-23*. <https://www.hse.ie/eng/services/publications/activity-based-funding-abf-programme-implementation-plan-2021-2023.pdf>

- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., Davies, E. B. (2017). Annual research review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. T. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., van Ommeren, M., de Jong, J., Seedat, S., Chen, H., & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 93–100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N. J. M., Birnbaum, M. L., ... Correll, C. U. (2017). Treatment-resistant schizophrenia: TRRIIP Working Group consensus guidelines on diagnosis and terminology. *The American Journal of Psychiatry*, 174(3), 216–229. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050503>
- Independent Health and Aged Care Pricing Authority (IHACPA). (2024). Activity Based Funding Mental Health Care National Best Endeavours Data Set 2024–25 – Technical Specifications. Dostępne: <https://www.ihacpa.gov.au/sites/default/files/2024-05/ABF-MHC-NBEDS-2024-25-Technical-Specifications.pdf>
- Jobski, K., Höfer, J., Hoffmann, F., & Bachmann, C. (2017). Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 8–28. <https://doi.org/10.1111/acps.12644>
- Kane, J. M., Honigfeld, G., Singer, J., & Meltzer, H. Y. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: A double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of General Psychiatry*, 45(9), 789–796. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800330013001>
- Kiejna, A., Zięba, M., Cichoń, E., Paciorek, S., Janus, J., Gondek, T. M. (2023). Ocena realizacji psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych z okresu przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu pilotażowych centrów zdrowia psychicznego w Polsce z wykorzystaniem danych rutynowo zbieranych. *Psychiatria Polska*, 57(6), 1213–1229. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/151140>
- Kim, H., Lee, S., Park, J., Choi, Y. (2025). New-onset mental disorders increase among patients with metabolic diseases during COVID-19: A meta-analysis. *Scientific Reports*, 15(1), 99280. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-99280-6>

- Kołodziejczyk, A., Misiąg, W., & Banaś, T. (2025). The impact of the COVID-19 pandemic on the demand for publicly funded mental health services in Poland (data report 2018–2023). *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1499628. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1499628>
- Komisja Europejska. (2023a). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52023DC0298>
- Komisja Europejska. (2023, June 7). Europejska Unia Zdrowotna: nowe, kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego. *Komunikat prasowy*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pl/ip_23_3050
- Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Bucholc, J., Chatterton, M. L., & Engel, L. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003606. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Lewandowska, A., Jankowski, M., Gujski, M., Duda-Zalewska, A., Jedrusik, P., & Silczuk, A. (2025). Public Beliefs and Perception of Mental Disorders in Poland—A 2025 Nationwide Cross-Sectional Survey. *Journal of Clinical Medicine*, 14(13), 4586. <https://doi.org/10.3390/jcm14134586>
- Lisiecka-Biełanowicz, M., Molenda, B., Biechowska, D. (2023). Funkcjonowanie Centrów Zdrowia Psychicznego w Polsce w czasie pandemii SARS-CoV-2. *Psychiatria Polska*, 57(3), 637–645. <https://doi.org/10.12740/PP/156731>
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Malhi, G. S., Tanious, M., Das, P., Coulston, C. M., & Berk, M. (2018). Potential mechanisms of treatment resistance in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 234, 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.083>
- McGuire, J. F., Fung, L. K., Hagopian, L. P., Vasa, R. A., Mahajan, R., Bernal, M. P., Silberman, A. E., Wolfe, A., Coury, D. L., Hardan, A. Y., Veenstra-VanderWeele, J., & Whitaker, A. M. (2016). Practice pathway for the assessment and treatment of irritability in autism

spectrum disorder. *Pediatrics*, 137(Suppl 2), S136–S148.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851K>

Malińska, M. (2013). Prezenteizm - zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 64(3), 439-447.
<https://doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0037>

Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J. P., Hides, L., & Leung, J. (2021). Estimating the global treatment rates for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1234–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.038>

Ministerstwo Zdrowia. (2021). *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*
<https://www.gov.pl/attachment/4a9bd160-e052-4a52-8fd4-b7c546d556f8>

Moltrecht, B., Lange, A.M.C., Merrick, H., i in. (2024). Whole-family programmes for families living with parental mental illness: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 33, 3203–3246. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02380-3>

Mohseni, M., Ahmadi, S., Azami-Aghdash, S., Isfahani, H. M., Moosavi, A., Fardid, M., Etemadi, M., & Ghazanfari, F. (2024). Estimation of the prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of meta-analyses. *BMC Public Health*, 24, Article 19729.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19729-7>

Moskalewicz, J., & Wciórka, J. (2021). Zdrowie psychiczne Polaków: Raport EZOP II. *Instytut Psychiatrii i Neurologii*.

Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013. *Psychiatric Services*, 65(8), 977–987. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300059>

Mundt, A. P., Rozas Serri, E., Irarrázaval, M., O'Reilly, R., Allison, S., Bastiampillai, T., Musisi, S., Kagee, A., Golenkov, A., El-Khoury, J., Park, S. C., Chwastiak, L., I Priebe, S. (2022). Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Molecular psychiatry*, 27(4), 1873–1879. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01435-0>

Mundt, A. P., Rozas-Serri, E., Fritz, F. D., Delhey, S., Siebenförcher, M., Priebe, S. (2024). Need estimates of psychiatric beds: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(14), 3795–3808. <https://doi:10.1017/S0033291724002307>

- Neufeld, S. A. S. (2024). Are global estimates of minimally adequate treatment for major depressive disorder based on minimally adequate data? *The Lancet Psychiatry*, 11(12), 950–951. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00373-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00373-0)
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2023). *NFZ o zdrowiu – Depresja (zbiór danych i analizy, aktualizacje 2013–2021)*. Warszawa: NFZ. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2024). *NFZ o zdrowiu – Depresja*. Warszawa: NFZ. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>
- Nelson, J. C., & Devanand, D. P. (2011). A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 577–585. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x>
- NHS England (2015). *Developing a capitated payment approach for mental health*. Monitor/NHS England. Dostępne: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7f33f240f0b6230268e121/Capitated_payment.pdf
- Nojszewska, E. (2016). Społeczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski. *Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia*, 1, 59–74. <https://bazekon.uek.krakow.pl/rekord/171447936>
- OECD. (2021). *A new benchmark for mental health systems*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
- OECD. (2025). *OECD Economic Surveys: Poland 2025*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/483d3bb9-en>
- OECD/EU. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Koran, L. M. (2002). Citalopram intravenous infusion in resistant obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(9), 796–801.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., . . . Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., ... & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *The Lancet*, 402(10402), 656–666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00918-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2)
- Pietrzak, M. (2018). Dostęp do usług medycznych a zamożność Polaków. *Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze*, 9, 153–165. <https://doi.org/10.33226/1231-7853.2020.11.3>
- Puyat, J. H., Kazanjian, A., Goldner, E. M., & Wong, H. (2016). How Often Do Individuals with Major Depression Receive Minimally Adequate Treatment? A Population-Based, Data Linkage Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(7), 394–404. <https://doi.org/10.1177/0706743716640288>.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rada Unii Europejskiej (2023, 9 października). Wpływ pracy precarnej na zdrowie psychiczne: Rada apeluje o środki zaradcze. <https://www.consilium.europa.eu/pl/press/press-releases/2023/10/09/council-calls-for-measures-to-address-impact-of-precarious-work-on-mental-health/>
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>
- Rosenberg S., Kenny Lawson, Ian Hickie (2022) Centralisation versus regionalisation: Designing the Sixth National Mental Health Plan *Australian journal of public administration* 82/2/2023. <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12560>
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D report. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905–1917. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1905>
- Salanti, G., Peter, N., Tonia, T., Holloway, A., Dragioti, E., Clarke, M., ... & Furukawa, T. A. (2024). Changes in the prevalence of mental health problems during the first year of the pandemic: A systematic review and dose-response meta-analysis. *BMJ Mental Health*, 27(1), Article e301018. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301018>

- Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H., & Prematunga, R. (2016). Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale. *International journal of mental health nursing*, 25(4), 330–336. <https://doi.org/10.1111/inm.12197>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Biechowska, D., Rogala, M., & Gałązka-Sobotka, M. (2022). Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5774. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095774>
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
- Smardzewska, D. (2020). Rynek usług medycznych w Polsce. *Marketing i Rynek*, 11, 20–28. <https://doi.org/10.33226/1231-7853.2020.11.3>
- Stenberg, K., Lauer, J. A., Gkountouras, G., Fitzpatrick, C., & Stanciole, A. (2018). Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16(11). <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0095-x>
- Socioeconomic Inequalities Drive Significant Gaps in Access to Mental Health Care Across the EU. (2025). *European Psychiatric Association*. <https://www.europsy.net/app/uploads/2025/04/Socioeconomic-Inequalities-Drive-Significant-Gaps-in-Access-to-Mental-Health-Care-Across-the-EU.pdf>
- Schneider, L. S., Dagerman, K. S., & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: Meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*, 294(15), 1934–1943. <https://doi.org/10.1001/jama.294.15.1934>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Strategy& Polska. (2024). *Ochrona zdrowia w Polsce – potencjał rozwoju i szanse dla inwestorów*. PwC Polska. <https://tiny.pl/hjqzbc8>

- Strawbridge, R., McMillan, D., & Greenwood, H. (2022). Care pathways for people with major depressive disorder: A European Brain Council Value of Treatment study. *European Psychiatry*, 65(1), e54. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.28>
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M. W., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(4), 604–655. <https://doi.org/10.3109/15622971003671628>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S.,... & Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Tomaszewska, K., Kowalczyk, K., Kadučáková, H., Lehotská, M., Papp, K., & Majchrowicz, B. (2024). Occurrence of stress and burnout among nurses employed in a psychiatric hospital and a somatic hospital—A comparative analysis. *Healthcare*, 12(23), 2443. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232443>
- Topór-Mądry, R., Wieszka, A., Wojtyniak, B., Malinowska, K., Doryńska, A., Więckiewicz, M., Dillard, S., Manson, J., Naghavi, M., Murray, C. J. L. (2025). Identyfikacja najważniejszych problemów zdrowotnych populacji Polski i województw na podstawie aktualnych wyników badania Global Burden of Disease (GBD). W: B. Wojtyniak i A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, ss. 535–554. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/download/40655/>
- Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports*, 17(9), 1245–1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>
- Upadhyaya, S., Sucksdorff, D., Koskela, M., Cheslack-Postava, K., Brown, A. S., & Sourander, A. (2025). Parental psychiatric disorders and age-specific risk for offspring major depression: Finnish nationwide register-based study. *Psychological medicine*, 55, e96. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000662>
- Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477–2500. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002620>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541–e550. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>

- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdeli, H., Skipper, M. A., Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024–1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Wojtyniak, B. i Smaga, A. (2025) (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, ss. 535–554. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Wojtyniak, B. i Smaga, A. (2025) (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025>
- World Bank Group. (2017). *Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego. Strategia wdrożenia* [PDF]. World Bank Group. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Projekt-modeli-do-programu-pilotazowego-Strategia-wdrozenia.pdf>
- World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2024). *Mental Health Atlas 2024*. WHO.
- World Health Organization. (2025a). *World mental health today: Latest data*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817>
- World Health Organization. (2025b). *Over a billion people living with mental health conditions*. WHO. <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>
- Zhang, S. X., Miller, S. O., Xu, W., Yin, A., Chen, B. Z., Delios, A., ... Chen, J. (2022). Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2000132. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000132>

Zhou, M., Lageborn, C. T., Sjölander, A., Larsson, H., D'Onofrio, B., Landén, M., Lichtenstein, P., & Pettersson, E. (2024). Psychiatric Diagnoses in Parents and Psychiatric, Behavioral, and Psychosocial Outcomes in Their Offspring: A Swedish Population-Based Register Study. *The American Journal of Psychiatry*, 181(8), 761–773. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230353>

Załącznik nr 1

Analiza pilotażu w centrach zdrowia psychicznego Narodowego Funduszu Zdrowia

Syntetyczne wyniki ankiet centrum zdrowia psychicznego

(Załącznik nr 5 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 55/2020/DSOZ)

Załącznik nr 2

Materiały przygotowane lub analizowane w trakcie prac Zespołu

- 1) Wstęp do raportu z realizacji programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego - Konferencja w Mikołajkach, Narodowy Fundusz Zdrowia, 25–27 października 2024 r. (prezentacja)
- 2) Polski system ochrony zdrowia psychicznego, Anna Depukat, 9 stycznia 2025 r. (prezentacja)
- 3) Analiza jednostek chorobowych z obszaru zaburzeń i chorób psychicznych, Tomasz Rowiński, 21 stycznia 2025 r. (prezentacja)
- 4) Rozpoznania ICD 10 – CZP, Narodowy Fundusz Zdrowia, 21 stycznia 2025 r. (prezentacja)
- 5) Propozycja rozliczenia podwójnej korekty na koniec pilotażu, Kamil Pięta, 4 lutego 2025 r. (prezentacja)
- 6) Tworzenie planów odpowiedzialności terytorialnej, Tomasz Rowiński, 4 lutego 2025 r. (prezentacja)
- 7) Propozycja rozliczeń finansowych w CZP, Kamil Pięta, 6 marca 2025 r. (prezentacja)
- 8) Konspekt pn. „Propozycja rozliczeń finansowych w CZP”, Kamil Pięta, 6 marca 2025 r.
- 9) Propozycja - Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w CZP, Tomasz Rowiński, 7 marca 2025 r. (prezentacja)
- 10) Propozycja - Załącznik nr 2 do Rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie pilotażu w CZP, Tomasz Rowiński, 10 marca 2025 r.
- 11) Finansowanie Centrów Zdrowia Psychicznego, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 16 maja 2025 r. (prezentacja)
- 12) Mapy CZP i oddziały szpitalne poza obszarem odpowiedzialności CZP, Tomasz Rowiński, 22 maja 2025 r.
- 13) Propozycja rozwiązań finansowych, Tomasz Rowiński, 2 czerwca 2025 r. (prezentacja)
- 14) Legislacja: model pilotażowy, Tomasz Rowiński, 1 lipca 2025 r. (prezentacja)
- 15) Kategorie pacjentów CZP, Piotr Gałęcki, 1 lipca 2025 r. (konspekt)
- 16) „Podsumowanie” obecny etap prac Zespołu do spraw zmian systemowych w CZP, Anna Depukat, Sebastian Goncerz, Kamil Pięta, Tomasz Rowiński, Mikołaj Sinica, 1 lipca 2025 r. (prezentacja)
- 17) Prezentowane dane dot. liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych 4700, Narodowy Fundusz Zdrowia, 29 lipca 2025 r. (prezentacja)
- 18) Harmonogram dalszych prac, Anna Depukat, Tomasz Rowiński, Sebastian Goncerz, Mikołaj Sinica, Kamil Pięta, Anna Śremska (prezentacja)
- 19) Raport: „Absencja chorobowa w 2023 r.”, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, ZUS, 2024 r.
- 20) Raport Zespołu ds. transformacji systemu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Rada ds. zdrowia psychicznego

- 21) Raport: „W kierunku kompleksowego międzysektorowego programu działań na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu psychofizycznego” z Ogólnopolskiego Forum Zdrowia Psychicznego RAZEM DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO, Światowa Organizacja Zdrowia (*Consensus Statement*)
- 22) Raport: „W kierunku środowiskowego modelu opieki w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce, Wybrane główne zagadnienia i zalecenia z szybkiej oceny”, Światowa Organizacja Zdrowia (*Rapid Assessment*)
- 23) Raport końcowy w sprawie przygotowania programu pilotażowego związanego z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 12 stycznia 2018 r.
- 24) Raport o zgromadzonych zgłoszeniach do pilotażu wraz z analizą ilościową i jakościową” z dnia 27 grudnia 2017 r.
- 25) Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2018, 14 stycznia 2019 r.
- 26) Raport z wizytacji w miejscach realizacji programu pilotażowego – wraz z rekomendacjami zmian w sposobie organizacji lub finansowania pilotażu
- 27) Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2019, 14 stycznia 2020 r
- 28) Raport z wizytacji przeprowadzonych w 2019 r. w miejscach realizacji programu pilotażowego – wraz z rekomendacjami zmian w sposobie organizacji lub finansowania pilotażu
- 29) Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2020, 12 stycznia 2021 r.
 - ANEKS Nr 1. Raport z wizytacji (kontroli) wybranych centrów zdrowia psychicznego uczestniczących w programie pilotażowym wraz z rekomendacjami zmian w sposobie organizacji i finansowania pilotażu
 - ANEKS Nr 2. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w centrach zdrowia psychicznego - założenia projektu
- 30) Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2021, 12 stycznia 2022 r.
 - ANEKS Nr 1. Raport z kontroli w miejscach realizacji programu pilotażowego – wraz z rekomendacjami zmian w sposobie organizacji lub finansowania pilotażu

- ANEKS Nr 2. Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w centrach zdrowia psychicznego - założenia projektu
- 31) Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2022, 29 grudnia 2022 r.
- ANEKS Nr 1. Raport z wizytacji w miejscach realizacji programu pilotażowego – wraz z rekomendacjami zmian w sposobie organizacji lub finansowania pilotażu
 - ANEKS Nr 2. Raport o zgromadzonych zgłoszeniach do pilotażu wraz z analizą ilościową i jakościową
 - ANEKS Nr 3. Standard diagnostyczno - terapeutyczny w centrum zdrowia psychicznego – założenia projektu
- 32) Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2023, 28 grudnia 2023 r.
- ANEKS Nr 1. Raport z wizytacji w miejscach realizacji programu pilotażowego – wraz z rekomendacjami zmian w sposobie organizacji lub finansowania pilotażu
 - ANEKS Nr 2. Projekt dokumentu - Standard diagnostyczno – terapeutyczny w centrum zdrowia psychicznego
 - ANEKS Nr 3. Raport diagnoza potencjału Centrum Zdrowia Psychicznego
 - Aktualny stan wdrażania centrów zdrowia psychicznego w Polsce – analiza własna Biura ds. Pilotażu NPOZP, 28 grudnia 2023 r.
 - Deklaracje utworzenia centrów zdrowia psychicznego – analiza własna Biura ds. Pilotażu NPOZP, 28 grudnia 2023 r.
 - Komunikat Biura ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego nr 1/2023 – wstępna analiza rozliczeń ryczałtu w Centrach Zdrowia Psychicznego typu A i B, 25 maja 2023 r.
 - Analiza skarg pacjentów na Centra Zdrowia Psychicznego, 26 września 2023 r.
 - Pilotaż Centrum Zdrowia Psychicznego – Opieka nad pacjentem, opracowanie własne Centrali NFZ, październik 2023 r.

Załącznik nr 3

***Rapid Assessment* pilotażu w centrach zdrowia psychicznego
przeprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia**

Załącznik nr 4

**Mapy obszaru odpowiedzialności terytorialnej opracowane w
trakcie pilotażu**

Załącznik nr 5

Raport analityczny dotyczący wybranych wskaźników oceny pilotażu centrów zdrowia psychicznego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 oraz 2023-2030

Załącznik nr 6

Zdanie odrębne Narodowego Funduszu Zdrowia

Spis tabel

Tabela 1. Szacunki liczby pacjentów z lekoopornością w Polsce (NFZ, EZOP II, GUS, dane epidemiologiczne)	10
Tabela 2. Zmiana ludności na obszarach pilotażu w okresie od 2018 do 2024 (BDL GUS).....	14
Tabela 3. Wybrane obszary centrum zdrowia psychicznego z największymi migracjami dodatnimi	16
Tabela 4. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych – stan na 2020 rok (EZOP II)	20
Tabela 5. Liczba skategoryzowanych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w latach 2018 i 2024	24
Tabela 6. Ogólna charakterystyka środków finansowych w województwie małopolskim i podlaskim	27
Tabela 7. Ogólna charakterystyka środków finansowych w ramach pilotażu centrum zdrowia psychicznego	28
Tabela 8. Liczba osobodni zrealizowanych w CZP i na oddziale ogólnopsychiatrycznym oraz oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie.....	29
Tabela 9. Rodzaj pozycji rozliczeniowych w ramach umowy pilotażowej w ramach centrum zdrowia psychicznego (w zł)	36
Tabela 10. Rekomendacje przy ustalaniu i monitorowania budżetów populacyjnych w ochronie zdrowia szacowanych na podstawie stawki kapitałowej	40
Tabela 11. Kluczowe rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia psychicznego (Ministerstwo Zdrowia, 2021)	46

Spis rysunków

Rysunek 1. Przyrost naturalny w przeliczeniu na 1.000 mieszkańców Polski (GUS, 2025).....	13
Rysunek 2. Saldo migracji wewnętrznych na 1.000 mieszkańców w podziale na powiaty w 2018 i 2024 roku.....	15
Rysunek 3. Wybrane obszary centrum zdrowia psychicznego z największymi migracjami in plus i in minus w okresie 2018 - 2024 (BDL GUS).....	16
Rysunek 4. Zmiana wielkości populacji w wieku poprodukcyjnym w latach 2018 – 2023 (GUS BDL)	17
Rysunek 5. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych	18
Rysunek 6. Zróżnicowanie we współczynniku dietywności w latach 2018 – 2024 (BDL GUS) ...	19
Rysunek 7. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla zaburzeń i chorób psychicznych.....	21
Rysunek 8. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla zaburzeń depresyjnych (lewy wykres) oraz zaburzeń lękowych (prawy wykres).....	21
Rysunek 9. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla choroby chorób spowodowanych uzależnieniem od alkoholu	21
Rysunek 10. Liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej na 100.000 mieszkańców w 2018 i 2024 roku.....	23
Rysunek 11. Struktura zakresu leczenia pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w 2018 i 2024 roku	24
Rysunek 12. Mieszkańcy poza publicznym system podstawowej opieki zdrowotnej	25
Rysunek 13. Wskaźnik liczby łóżek (obłożenie) na 100.000 mieszkańców w poszczególnych województwach w 2024 roku	29
Rysunek 14. Obszary odpowiedzialności terytorialnej centrum zdrowia psychicznego.....	30
Rysunek 15. Nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia realizowane przez centrum zdrowia psychicznego i pozostałe podmioty leczniczy w zakresie opieka psychiatryczna	31
Rysunek 16. Odsetek mieszkańców leczących się z powodu zaburzeń psychicznych z obszarów objętych pilotażem i nieobjętych pilotażem	32

Rysunek 17. Pacjenci z obszaru funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego w 2024 roku	33
Rysunek 18. Realizacja świadczeń według docelowych zakresów a grupy pacjentów w 2024 roku	34
Rysunek 19. Kształtowanie się wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenia uzależnień w stosunku do budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia	35
Rysunek 20. Kształtowanie się wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia w pilotażu centrum zdrowia psychicznego w latach 2018 - 2024.....	37
Rysunek 21. Wielkość korekt w pilotażu w stosunku do budżetów powierzonych centrum zdrowia psychicznego.....	38
Rysunek 22. Zakresy potencjalnych świadczeń oraz warianty związane z wyliczaniem stawki kapitałowej	41
Rysunek 23. Liczba zwolnień oraz osób na zwolnieniu z tytułu wszystkich chorób oraz zaburzeń psychicznych	42
Rysunek 24. Propozycja struktury budżetu populacyjnego centrum zdrowia psychicznego ..	51
Rysunek 25. Propozycja grupowania pacjentów w centrum zdrowia psychicznego w ramach komponentu funkcji	54
Rysunek 26. Schematyczna struktura centrum zdrowia psychicznego	55
Rysunek 27. Struktura organizacyjna centrum zdrowia psychicznego w dwóch wariantach..	56
Rysunek 28. Propozycja ścieżki koordynacji pomiędzy oddziałem ogólnopsychiatrycznym a ambulatoryjną częścią centrum zdrowia psychicznego	57