



Gdynia, 8.04.2026

Ministerstwo Zdrowia
Departament Lecznictwa
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Działając w imieniu "Centrum Medycznego Zabobrze Magdalena Makiela-Wychota I Wspólnicy" Spółki Jawnej (dalej jako: Świadczeniodawca), Świadczeniodawcy realizującego od 2009 r. świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym w ramach oddziału dziennego psychiatrycznego oraz poradni zdrowia psychicznego, **zwracamy się z uprzejmą prośbą o zwrócenie uwagi na problem o charakterze systemowym, który ujawnił się w praktyce funkcjonowania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego.**

Pragniemy podkreślić, że dostrzegamy i doceniamy kierunek reformy opieki psychiatrycznej, w szczególności działania zmierzające do rozwoju form środowiskowych oraz zwiększania dostępności świadczeń. Jednocześnie doświadczenia wynikające z funkcjonowania systemu w warunkach pilotażu wskazują na potrzebę doprecyzowania niektórych rozwiązań organizacyjnych, tak aby zapewnić równowagę pomiędzy różnymi formami realizacji świadczeń oraz stabilność zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji.

Pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego wprowadził nowy model organizacji opieki psychiatrycznej, oparty na kompleksowym i zintegrowanym podejściu do pacjenta w określonym obszarze terytorialnym. W regionach objętych pilotażem funkcjonuje obecnie system o charakterze przejściowym i hybrydowym, w którym **obok podmiotów realizujących świadczenia w ramach CZP działają świadczeniodawcy posiadający odrębne kontrakty w zakresie ambulatoryjnej i dziennej opieki psychiatrycznej.** Taki równoległy model, choć zrozumiały na etapie wdrażania reformy, rodzi określone wyzwania organizacyjne i kontraktowe.

Na tę sytuację nakłada się szereg okoliczności o charakterze planistycznym i finansowym, które łącznie powodują powstanie stanu ograniczonej przewidywalności po stronie podmiotów spoza pilotażu. W szczególności dotyczy to zbliżającego się końca obowiązywania umów oraz braku jednoznacznej informacji co do dalszego modelu finansowania świadczeń realizowanych poza strukturą CZP.

Jednym z elementów potęgujących tę niepewność jest **brak klarownych komunikatów dotyczących trybu i założeń dalszego kontraktowania świadczeń psychiatrycznych po**

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych

Plac Kaszubski 1, 81-350 Gdynia

Regon 1922942931 NIP 958-14-42-163

Adres do korespondencji : ul Derdowskiego 7, 81-369 Gdynia



zakończeniu aktualnych okresów umownych. Świadczeniodawcy nie dysponują wiedzą co do harmonogramu i modelu dalszego finansowania, co choć może wynikać z trwających analiz i prac, w istotny sposób utrudnia racjonalne zarządzanie podmiotami leczniczymi. Oddziały dzienne psychiatryczne wymagają wielomiesięcznego planowania kadrowego i organizacyjnego, a utrzymanie stabilnych zespołów terapeutycznych jest warunkiem zachowania ciągłości leczenia. Sytuacja ograniczonej przewidywalności kontraktowej nie sprzyja budowaniu stabilnej struktury zabezpieczenia świadczeń psychiatrycznych w regionie.

W praktyce funkcjonowania pilotażu pojawia się również **model proponowanego podwykonawstwa jako alternatywy dla samodzielnego kontraktowania świadczeń dziennych.** Taka sytuacja ma miejsce m.in. na terenie Jeleniej Góry, gdzie świadczeniodawcy realizujący dotychczas świadczenia psychiatryczne poza strukturą pilotażu otrzymują propozycje wykonywania świadczeń w charakterze podwykonawców na rzecz podmiotów uczestniczących w pilotażu. Należy jednak zauważyć, że podwykonawstwo ma charakter fakultatywny i zależny od relacji pomiędzy podmiotami, a jego zakres i stabilność nie są tożsame z bezpośrednim kontraktem z płatnikiem publicznym. Co istotne, nie jest możliwe jednoczesne wykonywanie samodzielnego kontraktu oraz realizowanie podwykonawstwa w oparciu o ten sam potencjał kadrowy i organizacyjny. W konsekwencji proponowany model podwykonawczy (choć dopuszczalny prawnie) może prowadzić do stopniowego ograniczania samodzielnego kontraktowania podmiotów spoza pilotażu i do koncentracji świadczeń w ramach struktury CZP, bez jednoznacznego określenia docelowych zasad funkcjonowania systemu po zakończeniu pilotażu.

Opisana wyżej sytuacja nie ma charakteru wyłącznie teoretycznego. Stanowi ona odzwierciedlenie bezpośrednich doświadczeń Świadczeniodawcy funkcjonującego na terenie Jeleniej Góry, gdzie w praktyce równoległe istnienie modelu pilotażowego oraz odrębnych kontraktów generuje realne napięcia organizacyjne i kontraktowe. Doświadczenia te pokazują, że brak jednoznacznego określenia docelowego modelu funkcjonowania świadczeń dziennych poza strukturą CZP przekłada się na trudności w planowaniu kadrowym, podejmowaniu decyzji inwestycyjnych oraz zapewnieniu stabilności zespołów terapeutycznych. Wnioski te mają charakter praktyczny i wynikają z bieżącej działalności leczniczej w regionie objętym pilotażem.

Warto również zwrócić uwagę na **konsekwencje organizacyjne obecnego modelu funkcjonowania systemu z perspektywy pacjentów korzystających ze świadczeń psychiatrycznych.** W mniejszych ośrodkach objętych pilotażem praktyczne funkcjonowanie modelu terytorialnego może prowadzić do ograniczenia realnego wyboru miejsca leczenia.

W sytuacji, gdy na danym obszarze działa jedno Centrum Zdrowia Psychicznego, pacjent, który z różnych względów nie chce lub nie może kontynuować leczenia w danym ośrodku, zmuszony jest poszukiwać pomocy w bardziej odległych placówkach, często w dużych miastach. W praktyce oznacza to konieczność dojazdów do ośrodków oddalonych o kilkadziesiąt, a nawet kilkaset kilometrów, co w przypadku leczenia środowiskowego lub terapii prowadzonej w oddziałach dziennych jest często trudne lub wręcz niemożliwe do realizacji. Należy przy tym pamiętać, że znaczną część pacjentów korzystających z tych form opieki stanowią osoby znajdujące się w głębokim kryzysie psychicznym, dla których



samodzielna organizacja procesu leczenia (w tym dojazdów, wizyt i codziennego uczestnictwa w terapii) stanowi istotne obciążenie. W przypadku świadczeń psychiatrycznych szczególnie istotne jest zatem, aby placówka była możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta, tak aby mógł on w sposób realny i możliwie prosty skorzystać z pomocy oraz aby proces leczenia był dla niego maksymalnie dostępny i organizacyjnie odciążający.

Z punktu widzenia pacjentów istotne znaczenie ma również **zachowanie elementu rzeczywistego wyboru świadczeniodawcy**. Funkcjonowanie jednego dominującego podmiotu na danym obszarze może w praktyce prowadzić do sytuacji, w której pacjent nie ma możliwości wyboru pomiędzy różnymi formami organizacji leczenia. W takich warunkach mechanizm poprawy jakości świadczeń oparty jest wyłącznie na wskaźnikach określanych przez płatnika publicznego, podczas gdy naturalne mechanizmy konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami, które w wielu obszarach systemu ochrony zdrowia sprzyjają podnoszeniu jakości usług i organizacji leczenia, ulegają ograniczeniu.

W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na potencjalne **ryzyko nadmiernej koncentracji świadczeń psychiatrycznych w ramach jednego podmiotu** funkcjonującego na danym obszarze pilotażu. Choć model terytorialny stanowi ważny element organizacji opieki środowiskowej, w praktyce może on prowadzić do sytuacji, w której na danym obszarze funkcjonuje jeden dominujący organizator świadczeń. W takich warunkach szczególnego znaczenia nabiera zapewnienie równowagi pomiędzy koordynacją opieki a utrzymaniem pluralizmu organizacyjnego systemu. Zachowanie udziału różnych podmiotów w realizacji świadczeń psychiatrycznych może sprzyjać zarówno stabilności systemu, jak i utrzymaniu wysokiej jakości opieki, poprzez umożliwienie pacjentom rzeczywistego wyboru miejsca leczenia.

W praktyce pojawiają się również sytuacje, w których model funkcjonowania systemu nie sprzyja rzeczywistej **kompleksowości opieki**. Obecność jednego dominującego podmiotu w strukturze pilotażu nie zawsze eliminuje potrzebę współpracy z innymi świadczeniodawcami działającymi na danym obszarze, co powoduje, że część świadczeń nadal realizowana jest poza strukturą Centrum. W takich warunkach kluczowe znaczenie ma utrzymanie stabilnej sieci podmiotów współpracujących, które uzupełniają system opieki psychiatrycznej.

Z perspektywy świadczeniodawców funkcjonujących poza strukturą pilotażu dodatkowym problemem jest ograniczona przewidywalność warunków współpracy w modelu podwykonawczym. W praktyce warunki takiej współpracy kształtowane są w relacjach pomiędzy podmiotami, co może prowadzić do sytuacji znacznej asymetrii organizacyjnej i ekonomicznej. Brak stabilnego i bezpośredniego kontraktu z płatnikiem publicznym oznacza dla tych podmiotów ograniczone bezpieczeństwo prowadzenia działalności leczniczej oraz utrudnia podejmowanie decyzji inwestycyjnych i kadrowych.

Doświadczenia z regionu, w jakim działa Świadczeniodawca, wskazują również, że model podwykonawczy nie zawsze zapewnia trwałość współpracy. Zdarzają się sytuacje, w których po okresie realizacji świadczeń w ramach podwykonawstwa dochodzi do reorganizacji systemu udzielania świadczeń przez podmiot prowadzący Centrum, co w praktyce prowadzi do zakończenia współpracy z dotychczasowymi podwykonawcami i przejęcia świadczeń



przez własne struktury organizacyjne. Tego rodzaju **zmienność relacji organizacyjnych** dodatkowo pogłębia stan niepewności po stronie podmiotów funkcjonujących poza strukturą pilotażu.

Należy również podkreślić, że pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego ma charakter czasowy i zgodnie z aktualnymi założeniami przewidziany jest do zakończenia z końcem 2026 r., podczas gdy potrzeby zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej mają charakter długofalowy i wykazują tendencję wzrostową. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 oraz 2027–2031 jednoznacznie wskazują na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia psychiatryczne oraz na konieczność rozwoju form pośrednich pomiędzy opieką ambulatoryjną a hospitalizacją całodobową, w tym oddziałów dziennych psychiatrycznych. Analogiczne kierunki wynikają z Krajowego Planu Transformacji, który akcentuje potrzebę przesunięcia ciężaru leczenia w kierunku form dziennych i środowiskowych.

Dodatkowym elementem wymagającym uwzględnienia przy projektowaniu docelowego modelu systemu są wnioski płynące z analiz dotyczących funkcjonowania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego. Z **raportu końcowego Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego** wynika, że zapotrzebowanie na świadczenia psychiatryczne w Polsce systematycznie rośnie, a jednocześnie utrzymuje się tzw. „luka w leczeniu”, rozumiana jako różnica pomiędzy liczbą osób wymagających pomocy a liczbą osób otrzymujących świadczenia spełniające minimalne standardy leczenia. W badaniach międzynarodowych wskazuje się, że adekwatne leczenie otrzymuje jedynie niewielka część pacjentów – w przypadku depresji około 11–17% osób korzysta z opieki spełniającej minimalne kryteria jakościowe. Jednocześnie prognozy epidemiologiczne wskazują na dalszy wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi w najbliższych latach, pomimo spodziewanego spadku liczby ludności. Szacuje się, że do 2040 r. liczba osób z zaburzeniami psychicznymi może wzrosnąć o 10–20%, a w przypadku niektórych zaburzeń – w szczególności zaburzeń lękowych i PTSD – nawet o około 25%. **W tych warunkach kluczowe znaczenie ma utrzymanie możliwie szerokiej i stabilnej sieci świadczeniodawców realizujących różne formy opieki psychiatrycznej, w tym leczenie dzienne oraz ambulatoryjne, tak aby system był zdolny do odpowiedzi na rosnące potrzeby zdrowotne populacji.**

Warto również zauważyć, że w debacie eksperckiej dotyczącej dalszego kształtu reformy opieki psychiatrycznej zwraca się uwagę na **potrzebę doprecyzowania docelowego modelu funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego oraz ich relacji z innymi świadczeniodawcami działającymi w systemie.** Jednocześnie należy zauważyć, że dyskusja ta w znacznym stopniu koncentruje się na założeniach systemowych i kierunkowych koncepcjach organizacji opieki, natomiast w mniejszym stopniu odnosi się do praktycznych problemów funkcjonowania systemu ujawniających się w codziennej działalności podmiotów leczniczych oraz w bezpośredniej pracy z pacjentami. Doświadczenia wynikające z bieżącego udzielania świadczeń psychiatrycznych wskazują, że rzeczywiste wyzwania organizacyjne, takie jak zapewnienie stabilności zespołów terapeutycznych, przewidywalność finansowania świadczeń czy możliwość długofalowego planowania działalności leczniczej, mają kluczowe znaczenie dla utrzymania dostępności opieki psychiatrycznej na poziomie regionalnym.



Dodatkowo należy zauważyć, że w raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego w części dotyczącej przyszłego modelu funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego pojawiają się **propozycje istotnych zmian w sposobie finansowania świadczeń**. W raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego wskazuje się m.in. na możliwość dalszego rozwijania modelu budżetu populacyjnego oraz wprowadzenia dodatkowych komponentów finansowania, w tym komponentu jakościowego oraz komponentu związanego z realizacją określonych funkcji systemowych przez centrum. Proponowane kierunki zmian pokazują, że docelowy model organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej pozostaje nadal przedmiotem analiz i prac koncepcyjnych. W tej sytuacji szczególnie istotne jest zapewnienie stabilnych warunków funkcjonowania także dla podmiotów realizujących świadczenia psychiatryczne poza strukturą pilotażu, które w praktyce stanowią ważny element regionalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Dodatkowo należy zauważyć, że w analizach dotyczących docelowego modelu funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej pojawiają się również **propozycje zróżnicowania organizacyjnego samych Centrów Zdrowia Psychicznego**. W raporcie końcowym Zespołu do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego wskazano możliwość funkcjonowania dwóch wariantów organizacyjnych centrów – tzw. centrum typu A oraz centrum typu B. W pierwszym z tych modeli (typ A) wszystkie formy leczenia - zarówno ambulatoryjne, środowiskowe, jak i stacjonarne - realizowane są przez jeden podmiot leczniczy w ramach jednego budżetu populacyjnego. Natomiast w wariantcie drugim (typ B) kompleksowa opieka nad populacją mieszkańców danego obszaru może być zapewniana przez dwa odrębne podmioty lecznicze, z których jeden odpowiada za świadczenia ambulatoryjne i środowiskowe, a drugi za leczenie stacjonarne i całodobowe. Przedstawiona w raporcie koncepcja pokazuje, że również na poziomie prac systemowych dostrzega się potrzebę zachowania zróżnicowanych modeli organizacyjnych realizacji świadczeń psychiatrycznych. Jednocześnie potwierdza ona, że **funkcjonowanie kilku podmiotów zabezpieczających różne elementy opieki psychiatrycznej na danym obszarze nie musi być traktowane jako rozwiązanie sprzeczne z ideą opieki środowiskowej, lecz może stanowić jeden z dopuszczalnych wariantów organizacyjnych systemu**. Z tej perspektywy szczególnie istotne jest, aby w okresie przejściowym oraz w docelowym modelu systemu zapewnić możliwość stabilnego funkcjonowania także podmiotów realizujących świadczenia ambulatoryjne i dzienne poza strukturą jednego centrum zdrowia psychicznego, o ile podmioty te dysponują odpowiednim potencjałem kadrowym i organizacyjnym oraz realnie zabezpieczają potrzeby zdrowotne lokalnej populacji.

Z perspektywy zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji kluczowe jest, aby proces transformacji nie prowadził do osłabienia podmiotów posiadających potencjał organizacyjny i kadrowy, które od lat zapewniają pacjentom ciągłość leczenia i stanowią istotny element regionalnej infrastruktury opieki psychiatrycznej. W warunkach rosnącego zapotrzebowania na świadczenia psychiatryczne destabilizacja tych podmiotów może przełożyć się na zwiększenie liczby hospitalizacji całodobowych oraz ograniczenie dostępności leczenia dziennego.



Zwracamy się zatem z uprzejmą prośbą o rozważenie potrzeby doprecyzowania docelowego modelu funkcjonowania świadczeń psychiatrycznych w okresie przejściowym oraz po zakończeniu pilotażu CZP, w sposób zapewniający równowagę pomiędzy różnymi formami organizacyjnymi udzielania świadczeń oraz stabilność systemu w skali regionalnej.

Naszym celem jest konstruktywne wskazanie obszaru wymagającego systemowej refleksji, tak aby przy zachowaniu kierunku reformy zapewnić przewidywalność organizacyjną, bezpieczeństwo pacjentów oraz ciągłość funkcjonowania świadczeń psychiatrycznych.

z poważaniem

Andrzej Sokorowski

prezes zarządu

Ogólnopolskiego Stowarzyszenia
Szpitali Prywatnych