

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Amelia Malinowska, starszy specjalista w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia	Data sporządzenia 22.06.2026 r. Źródło: art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ 1911
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Opracowanie przedmiotowego projektu zostało podyktowane potrzebą zapewnienia ciągłości realizacji świadczeń gwarantowanych w centrach zdrowia psychicznego. Dotychczas realizowany był program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1883).

Biorąc pod uwagę wyniki badań, w tym EZOP II - Kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, wskazują one, że w badanej próbie (15 tys. wywiadów na losowej próbie reprezentatywnej dla ogółu ludności Rzeczypospolitej Polskiej) różnych zaburzeń psychicznych doświadcza w swoim życiu więcej niż jedna czwarta dorosłych mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej, istnieje zatem potrzeba poprawy opieki nad świadczeniobiorcami, dlatego niniejszym projektem rozporządzenia wprowadza się model środowiskowy uznawany współcześnie na świecie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Projektowane rozwiązania są podyktowane potrzebą przesunięcia lokalizacji opieki nad świadczeniobiorcami ze szpitali psychiatrycznych, na świadczenia z zakresu leczenia środowiskowego w centrum zdrowia psychicznego. Przedmiotowe rozwiązania nakierowane są na potrzebę deinstytucjonalizacji jako procesu przechodzenia od opieki instytucjonalnej, czyli opieki w szpitalach, do wsparcia ambulatoryjnego i środowiskowego.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt wprowadza następujące zmiany:

- 1) dodano nowy załącznik nr 9 – „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego” w celu zapewnienia lepszej i efektywniejszej opieki dla świadczeniobiorców z obszaru zdrowia psychicznego. Przyjęty kierunek przyczyni się do przesunięcia lokalizacji opieki nad świadczeniobiorcami ze szpitali psychiatrycznych, na świadczenia z zakresu leczenia środowiskowego w centrum zdrowia psychicznego;
- 2) wskazano w załączniku nr 9 w wykazie świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego w lp. 1 personel wymagany do realizacji świadczeń gwarantowanych w centrum zdrowia psychicznego w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców z obszaru działania centrum;
- 3) w wymaganiach dotyczących personelu dodatkowo wskazano asystenta zdrowienia określonego w § 1 rozporządzenia. Przedmiotowa propozycja jest działaniem wychodzącym naprzeciw oczekiwaniom środowiska opieki psychiatrycznej, które wielokrotnie postulowało o umożliwienie uczestniczenia osobom po przebytych kryzysie psychicznym w procesie terapeutycznym, u osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Należy zaznaczyć, iż nie jest to nowy zawód medyczny, a osoby o kompetencjach asystenta zdrowienia nie będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej. Najczęściej są to osoby po przebytych kryzysie psychicznym, które swoim przykładem i wsparciem będą mogły mieć istotny wkład w zwiększenie skuteczności prowadzonego w centrach zdrowia psychicznego procesu terapeutycznego. Dodatkowo w załączniku nr 9 w lp. 6 i lp. 7 określono wizytę asystenta zdrowienia, stanowiącą wsparcie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia;
- 4) ponadto w załączniku nr 9 w lp. 5 określono punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK), jako jeden z istotnych elementów centrum zdrowia psychicznego, zdefiniowany w § 1 pkt 2, jako pokój do przyjmowania świadczeniobiorców w centrum zdrowia psychicznego w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do którego zgłasza się świadczeniobiorca lub osoba poszukująca dla niego pomocy, w celu uzyskania świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego;
- 5) wskazano także w załączniku nr 9 w lp. 2–7 wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego w warunkach stacjonarnych, izbie przyjęć, dziennych i ambulatoryjnych w tym leczenie środowiskowe (domowe) w centrum zdrowia psychicznego, oraz warunki ich realizacji;
- 6) dodatkowo w warunkach realizacji świadczenia gwarantowanego ogólnych dla centrum zdrowia psychicznego w lp. 1 załącznika nr 9 wskazano konieczność zapewnienia przez świadczeniodawcę koordynatora opieki w centrum zdrowia psychicznego. Koordynator opieki to osoba zatrudniona w centrum zdrowia psychicznego posiadająca co najmniej

średnie wykształcenie medyczne, a także niezbędną wiedzę i co najmniej dwuletnie doświadczenie w zakresie realizacji usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Przez doświadczenie rozumie się realizację usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Funkcji koordynatora opieki nie można powierzyć osobie wykonującej zadania asystenta zdrowia ani pracownika socjalnego. Koordynator opieki w centrum zdrowia psychicznego zapewnia koordynację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych zgodnie z planem terapii i zdrowia świadczeniobiorcy w tym: ustala terminy realizacji poszczególnych etapów świadczenia, nadzoruje prowadzenie dokumentacji, oraz czuwa nad formalną jakością całego procesu leczenia;

- 7) dodatkowo rozszerzono skład personelu centrum zdrowia psychicznego o pracownika socjalnego, który ma za zadanie koordynowanie działań w zakresie wsparcia społecznego w środowisku zamieszkania pacjenta we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
- 8) zdefiniowano także w § 1 rozporządzenia, że w centrum zdrowia psychicznego tworzony jest plan terapii i zdrowia dla świadczeniobiorców objętych opieką czynną, która obejmuje leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej (aktywnego podtrzymywania kontaktu przez centrum zdrowia psychicznego ze świadczeniobiorcami i wyprzedzającego rozwiązywania problemów terapeutycznych);
- 9) dodatkowo w § 1 pkt 1 niniejszego rozporządzenia dookreślono, że konsylium określone w § 2 w pkt 1a, rozporządzenia zmienianego jako narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest także w ramach „centrum zdrowia psychicznego”. Uregulowano także, że świadczeniodawca udziela świadczeń gwarantowanych w centrum zdrowia psychicznego, w sposób kompleksowy osobom z zaburzeniami psychicznymi w wieku powyżej 18. roku życia;
- 10) ponadto w § 1 pkt 5 dookreślono, że świadczeniodawca udzielający świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w centrum zdrowia psychicznego w warunkach stacjonarnych określonych w lp. 2 załącznika nr 9 realizuje świadczenia co najmniej w dostępie.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Rozwiązania przyjęte w projektowanym rozporządzeniu opierają się przede wszystkim na podstawowych założeniach modelu organizacji środowiskowej opieki psychiatrycznej wdrażanych we Włoszech i Niemczech. W państwach rozwiniętych wdraża się podobne rozwiązania, których celem jest odejście od instytucjonalnego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej do modelu psychiatrii środowiskowej i rozbudowa form ambulatoryjnych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	centrala NFZ	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	NFZ jest podmiotem obowiązany do wdrożenia i finansowania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
świadczeniodawcy	262	opracowania analityczne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień obejmujących wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego
świadczeniobiorcy – osoby powyżej 18. roku życia objęte opieką danego centrum zdrowia psychicznego	ok. 30 mln	opracowania analityczne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	możliwość uzyskiwania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień obejmujących wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt rozporządzenia zostanie skierowany do 30-dniowych konsultacji publicznych i opiniowania przez:

- 1) Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii;
- 2) Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
- 3) Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 4) Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychoterapii;
- 5) Naczelną Radę Lekarską;
- 6) Naczelną Radę Aptekarską;
- 7) Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;

- 8) Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych;
- 9) Krajową Radę Fizjoterapeutów;
- 10) Krajową Radę Ratowników Medycznych;
- 11) Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ;
- 12) Stowarzyszenie „Primum Non Nocere”;
- 13) Federację Pacjentów Polskich;
- 14) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 15) Obywatelskie Stowarzyszenie – Dla Dobra Pacjenta;
- 16) Konfederację Lewiatan;
- 17) Pracodawców RP;
- 18) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 19) Pracodawców Medycyny Prywatnej;
- 20) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 21) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 22) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 23) NSZZ „Solidarność”;
- 24) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 25) Forum Związków Zawodowych;
- 26) Polska Federacja Związkowa Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej;
- 27) Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom;
- 28) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 29) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 30) Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 31) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 32) Federację Przedsiębiorców Polskich;
- 33) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
- 34) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 35) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 36) NSZZ „Solidarność-80”;
- 37) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404). Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania stanowiącym załącznik do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

Źródła finansowania	Projektowana zmiana nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Środki na finansowanie zostaną pokryte z planu finansowego NFZ na rok 2027 i lata kolejne, z poz. B2.4 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Przyjęto podejście stopniowe, zakładające, że w pierwszym roku okresu przejściowego modelem centrów zdrowia psychicznego (CZP) objęte zostanie ok. 15% populacji pozostającej dotychczas poza pilotażem, w drugim roku proces obejmowania populacji również obejmie 15% populacji, zaś w trzecim roku proces obejmowania populacji zostanie zakończony poprzez włączenie pozostałych ok. 21% populacji. Obecnie nakłady na pilotaż CZP wynoszą ok. 2,39 mld zł rocznie, zaś nakłady na świadczenia udzielane na zasadach ogólnych ok. 1,56 mld zł, co daje kwotę ok. 3,95 mld zł. W pierwszym roku (2027) koszt systemu wzrośnie o ok. 1,08 mld zł względem stanu obecnego, co wyniknie przede wszystkim z uruchomienia finansowania w formule ryczału trójskładnikowego CZP, w tym w szczególności z włączenia finansowania części ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego w nowym modelu, przy jednoczesnym utrzymaniu części nakładów w ramach zasad ogólnych w okresie przejściowym. W drugim roku (2028) nastąpi częściowe obniżenie łącznych kosztów w porównaniu z rokiem poprzednim, jednak koszt całkowity pozostanie wyższy od stanu obecnego o ok. 0,84 mld zł, co odzwierciedli dalsze wygaszanie zasad ogólnych oraz zmianę struktury finansowania w kierunku komponentów funkcjonalnych, populacyjnych i jakościowych CZP. W trzecim roku (2029) nastąpi ponowny wzrost kosztów do poziomu ok. 1,11 mld zł powyżej stanu obecnego, co wyniknie z pełnego wdrożenia modelu CZP, braku finansowania w ramach zasad ogólnych oraz osiągnięcia docelowego poziomu finansowania funkcji CZP, komponentu jakościowego oraz leczenia szpitalnego w nowym modelu. Należy jednak wskazać, że szacowanie to jest obarczone dużą niepewnością i może być znacznie zawyżone, ponieważ nie jest aktualnie znana gotowość organizacyjna podmiotów udzielających świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień do przekształcania się w CZP oraz nie jest znany globalny efekt finansowy zmiany sposobu finansowania aktualnie działających w ramach pilotażu podmiotów – odejście od finansowania stawką na mieszkańca na trójskładnikowy ryczałt zależny w przeważającej części od aktywności podmiotów w realizacji kompleksowej opieki psychiatrycznej.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację dużych przedsiębiorstw.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Wejście w życie projektu rozporządzenia będzie miało pozytywny wpływ na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe przez zwiększony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do obecnego systemu opieki zdrowotnej. Dzięki przepisom projektu rozporządzenia będzie zapewniona dobrze skoordynowana opieka oraz udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania świadczeniobiorców, co może mieć wpływ na zwiększenie skuteczności procesu terapeutycznego i zapobieganie kryzysom psychicznym.						
	osoby niepełnosprawne	Wejście w życie projektu rozporządzenia będzie miało pozytywny wpływ na osoby niepełnosprawne przez zwiększony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do obecnego systemu opieki zdrowotnej. Dzięki przepisom projektu rozporządzenia będzie						

		zapewniona dobrze skoordynowana opieka oraz udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania świadczeniobiorców, co może mieć wpływ na zwiększenie skuteczności procesu terapeutycznego i zapobieganie kryzysom psychicznym.
	osoby starsze	Wejście w życie projektu rozporządzenia będzie miało pozytywny wpływ na osoby starsze przez zwiększony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do obecnego systemu opieki zdrowotnej. Dzięki przepisom projektu rozporządzenia będzie zapewniona dobrze skoordynowana opieka oraz udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania świadczeniobiorców, co może mieć wpływ na zwiększenie skuteczności procesu terapeutycznego i zapobieganie kryzysom psychicznym.
Niemierzalne	-	-
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		-
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
Komentarz: Brak.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Nie przewiduje się bezpośredniego wpływu projektu rozporządzenia na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego charakteryzują się zwiększoną dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do obecnego systemu opieki zdrowotnej, zapewniają dobrze skoordynowaną opiekę oraz udzielają świadczeń opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania świadczeniobiorców, co może mieć wpływ na zwiększenie skuteczności procesu terapeutycznego i zapobieganie kryzysom psychicznym.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie dnia 1 stycznia 2027 r., z wyjątkiem § 1 pkt 6–8, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2029 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Dokonanie ewaluacji projektowanych rozwiązań możliwe będzie w ciągu 5 lat od dnia wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia, gdyż taki czas umożliwia zaobserwowanie zmian i wskazanie korzyści wynikających z ich wprowadzenia. Ewaluacja zostanie przeprowadzona w oparciu o dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

