Projekt z dnia 30.10. 2026 r.

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia …… r.

w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156 i 972) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego dostosują się do wymagań określonych w standardzie organizacyjnym w podmiotach wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego, stanowiącym załącznik do rozporządzenia, nie później niż do dnia 1 czerwca 2027 r.

§ 3. W okresie od wejścia w życie rozporządzenia do 31 grudnia 2027 r. podmiot leczniczy prowadzący centrum posiadający w swoich strukturach oddział psychiatryczny zapewnia w oddziale stacjonarnym liczbę łóżek nie większą niż 33 łóżka na 100 tys. osób powyżej 18. roku życia zamieszkujących obszar działania centrum.

§ 4. W okresie od 1 stycznia 2028 r. do 1 stycznia 2029 r. podmiot leczniczy prowadzący centrum posiadający w swoich strukturach oddział psychiatryczny zapewnia w oddziale

---

[1] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

stacjonarnym liczbę łóżek nie większą niż 28 łóżek na 100 tys. osób powyżej 18. roku życia zamieszkujących obszar działania centrum.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM
Melanie Raczek-Żeromska
Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia …… r.
(poz. …)

STANDARD ORGANIZACYJNY W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I LECZENIA UZALEŻNIEŃ W RAMACH CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

I. Postanowienia ogólne

1. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego, zwany dalej „standardem organizacyjnym”, określa sposób organizacji świadczeń opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego, zwanych dalej „świadczeniami CZP”.
2. Użyte w standardzie organizacyjnym określenia oznaczają:
   1) asystent zdrowienia – osobę posiadającą certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji wolnorynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)” włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, w rozumieniu art. 2 pkt 25 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2024 r. poz. 1606) z uwzględnieniem § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 1312);
   2) CZP – podmiot leczniczy lub jego część udzielający świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego;
   3) koordynator opieki – osobę zatrudnioną w centrum zdrowia psychicznego posiadającą co najmniej wykształcenie średnie, a także niezbędną wiedzę i co najmniej dwuletnie doświadczenie w zakresie realizacji usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i chorobami psychicznymi w podmiotach leczniczych,

jednostkach oświaty, pomocy społecznej lub w innych podmiotach udzielających wsparcia pacjentom CZP;

4) obszar działania CZP – obszar obejmujący jednostki podziału terytorialnego, na którym CZP udziela świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
5) opiekun faktyczny – opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 oraz z 2026 r. poz. 26);
6) osoba bliska – osobę bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
7) osoba ze szczególnymi potrzebami – osobę ze szczególnymi potrzebami w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411);
8) pacjent – pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
9) plan terapii i zdrowienia – dokument określający formy opieki nad pacjentem sporządzany:
   a) dla pacjentów, w szczególności objętych opieką czynną będącą formą leczenia i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu oraz proaktywnego dostosowywania zakresu i intensywności udzielanej pomocy do zmieniających się potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych,
   b) przez zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki;
10) PZK – Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny do przyjmowania pacjentów w centrum zdrowia psychicznego w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do którego zgłasza się pacjent lub osoba poszukująca dla niego pomocy, w celu uzyskania świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego.

3. CZP zapewniają opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18 roku życia na określonym obszarze.
4. CZP sprawując opiekę nad pacjentem zobowiązane jest do:
   1) organizacji świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383 i 1312);

2) zapewnienia dostępności personelu posiadającego niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
3) ochrony prywatności pacjenta w szczególności w trakcie sprawowania nad nim opieki w jego środowisku;
4) właściwej komunikacji zapewniającej pełną podmiotowość pacjenta, z uwzględnieniem w szczególności przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach opieki zdrowotnej i ich celu w sposób zrozumiały dla pacjenta;
5) komunikowania się z osobami bliskimi pacjenta w celu ich wyczulenia na potrzeby pacjenta;
6) współpracy z organami administracji publicznej, właściwymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, jednostkami systemu oświaty, podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, a także z grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin lub bliskich. Współpraca ta może polegać w szczególności na tworzeniu dobrych warunków dla powrotu do zdrowia i bezpiecznego funkcjonowania w środowisku pacjentów, ich rodzin i bliskich.

5. CZP prowadzi działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, których celem jest:
   1) zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych;
   2) umożliwienie wczesnego wykrywania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym;
   3) umożliwienie leczenia zaburzeń i chorób psychicznych;
   4) zapobieganie nawrotom chorób psychicznych;
   5) promowanie dobrostanu psychicznego;
   6) rozwijanie odporności psychicznej i umiejętności radzenia sobie z trudnościami oraz budowanie wsparcia społecznego;
   7) przeciwdziałanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
6. Oddziaływania profilaktyczne w CZP mogą być prowadzone w szczególności w formie kampanii społecznych, warsztatów, szkoleń dla społeczności i grup ryzyka, organizacji

inicjatyw zwiększających dostęp do wsparcia emocjonalnego i społecznego w postaci grup wsparcia i grup profilaktycznych oraz interwencji środowiskowych rozumianych jako działania w szkołach, miejscach pracy i społecznościach lokalnych.

7. CZP prowadzi stronę lub witrynę internetową albo podstronę strony podmiotu leczniczego, na której zamieszcza się informacje:
   1) dotyczące działania CZP oraz zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez CZP;
   2) o zakresie udzielanej pomocy;
   3) o sposobach postępowania, procedurach i praktykach;
   4) ułatwiające korzystanie z pomocy z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, w tym numery telefonów oraz adresy poczty elektronicznej;
   5) o promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych.
8. Informacje, o których mowa w ust. 7, zamieszcza się również na tablicy informacyjnej w każdym miejscu udzielania świadczeń w ramach CZP oraz w miarę możliwości w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz siedzibach podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej umiejscowionych na obszarze odpowiedzialności CZP.
9. CZP uczestniczy w przygotowaniu i realizacji lokalnego planu ochrony zdrowia psychicznego, o którym mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917 oraz z 2026 r. poz.187).

II. Organizacja, struktura CZP i formy pomocy udzielanej przez CZP

1. Komórki organizacyjne wchodzące w skład CZP są zlokalizowane na obszarze jego działania.
2. W skład CZP wchodzą następujące komórki organizacyjne:
   1) Oddział psychiatryczny (4700);
   2) Oddział psychiatryczny dzienny (ogólny) (2700);
   3) Poradnia zdrowia psychicznego (1700);
   4) Zespół leczenia środowiskowego (domowego) (2730).
3. Wchodzący w skład CZP oddział psychiatryczny (4700) może być zlokalizowany poza obszarem działania tego CZP.

4. Sposób organizacji udzielania świadczeń w komórkach organizacyjnych wchodzących w skład CZP zapewnia utrzymanie między nimi stałego i bezpośredniego kontaktu, w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych oraz spotkań personelu CZP.
5. CZP udziela świadczeń zdrowotnych w formie:
   1) hospitalizacji – świadczenie udzielane w warunkach całodobowych;
   2) porady – świadczenia udzielanego w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez lekarza lub psychologa;
   3) wizyty – świadczenia udzielanego w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz albo psycholog;
   4) sesji – oddziaływania terapeutycznego indywidualnego albo grupowego prowadzonego przez osobę, o której mowa w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
   5) konsylium – zgodnie z § 2 pkt 1 lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383);
   6) sesji koordynacji – zgodnie z § 2 pkt 14 lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383)
   7) interwencji – działania innego niż porada, wizyta lub sesja podejmowanego w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego, wobec pacjenta lub w jego środowisku, przez osoby zatrudnione w CZP, w tym przez koordynatora opieki, w celu zapewnienia ciągłości i skuteczności leczenia.
6. CZP w warunkach ambulatoryjnych, w tym w zakresie leczenia środowiskowego, udziela świadczeń zdrowotnych:
   1) w formie opieki:
      a) krótkoterminowej – udzielanej pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi i zakończonej w ramach CZP w okresie do 4 tygodni,
      b) długoterminowej – udzielanej w ramach CZP, trwającej ponad 4 tygodnie pacjentom z innymi zaburzeniami psychicznymi, niż zaburzenia, o których mowa w lit. a,
      c) krótkoterminowej czynnej – polegającej na aktywnym zapewnianiu udziału pacjenta w leczeniu w okresie do 4 tygodni,

d) długoterminowej czynnej - polegającej na aktywnym zapewnianiu udziału pacjenta w leczeniu w okresie powyżej 4 tygodni,

e) konsultacyjnej - udzielanej pacjentom niewymagającym objęcia żadną z pozostałych form pomocy, dla których wystarczające jest jednorazowe lub okresowe udzielenie porady albo wizyty;

2) pacjentom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porady niezakończonej kwalifikacją do pomocy krótkoterminowej, długoterminowej, krótkoterminowej czynnej, długoterminowej czynnej lub konsultacyjnej w CZP;

3) niezwłocznej pomocy doraźnej osobom w stanie nagłym związanym z zaburzeniem psychicznym.

7. W wyniku przeprowadzonej oceny (triażu) pacjentowi przypisuje się:

1) formę pomocy (krótkoterminowa, długoterminowa, krótkoterminowa czynna, długoterminowa czynna, doraźna lub konsultacyjna);

2) poziom intensywności opieki, odpowiadający częstotliwości i intensywności potrzebnego wsparcia, zgodnie z zasadą opieki stopniowanej

- a w przypadku zmiany kategorii pomocy lub poziomu opieki w trakcie leczenia odnotowuje się tę zmianę w dokumentacji medycznej z datą jej dokonania.

8. CZP w ramach opieki całodobowej udziela świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom w sytuacjach kryzysowych lub w sposób planowy w formie krótkoterminowej, w sytuacjach, w których leczenie ambulatoryjne lub środowiskowe nie pozwala na osiągnięcie poprawy stanu zdrowia pacjenta.

9. Przy CZP funkcjonują grupy samopomocy pacjentów, ich rodzin lub osób bliskich.

10. W przypadku, gdy na obszarze działania CZP znajdują się domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, CZP może:

1) organizować zespół terapeutyczny lub w zależności od potrzeb zespoły terapeutyczne, udzielające świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej mieszkańcom tych domów albo

2) wydzielić, w ramach swojej struktury, komórkę organizacyjną będącą poradnią zdrowia psychicznego lub zespołem leczenia środowiskowego, w celu udzielania ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej mieszkańcom domu pomocy społecznej, zlokalizowaną na terenie tego domu pomocy społecznej.

III. Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)

1. W ramach standardu PZK zapewnia:
   1) dostęp do informacji o zakresie działania CZP oraz możliwościach uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej w CZP;
   2) możliwość uzyskania informacji o miejscu, w którym można otrzymać niezbędne świadczenia z zakresu pomocy społecznej lub skorzystać z innych dostępnych form wsparcia, w przypadkach tego wymagających;
   3) możliwość przeprowadzenia wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osoby zgłaszającej się do PZK z problemami zdrowia psychicznego, uzyskania przez tę osobę wsparcia odpowiedniego do ustalonych potrzeb oraz uzgodnienia wstępnego planu dalszego postępowania;
   4) możliwość ustalenia sposobu udzielenia pomocy pacjentowi również w przypadku zgłoszenia się do PZK osoby poszukującej pomocy dla pacjenta;
   5) ustalenie terminu i miejsca udzielenia świadczenia w ramach CZP, zgodnie ze wstępnym planem dalszego postępowania, w sposób zapewniający udzielenie świadczenia:
      a) w przypadku pilnym – w terminie nie dłuższym niż 72 godziny od zgłoszenia do PZK.
      b) w przypadku stabilnym – w terminie nie dłuższym niż 7 dni od zgłoszenia do PZK;
   6) ustalenie terminu pierwszej wizyty po zakończeniu leczenia stacjonarnego;
   7) możliwość podjęcia interwencji kryzysowej wobec pacjenta, który przebywał w szpitalu psychiatrycznym bez wymaganej zgody, lub innego pacjenta objętego opieką czynną, w przypadku niestawienia się na umówione spotkanie albo odmowy zgłoszenia się do CZP, po nie więcej niż trzech nieskutecznych próbach kontaktu telefonicznego lub jednej nieskutecznej próbie zrealizowania wizyty domowej (środowiskowej).
2. Do PZK może zgłosić się pacjent w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w CZP lub uzyskania informacji o miejscu uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej lub innych dostępnych formach wsparcia w przypadkach tego wymagających telefonicznie lub drogą elektroniczną.
3. Do PZK może się zgłosić również osoba bliska pacjentowi w celu uzyskania niezbędnych informacji o możliwości uzyskania wsparcia w CZP.

4. PZK posiada do wyłącznej dyspozycji co najmniej dwa numery telefoniczne oraz skrzynkę poczty elektronicznej, do których dostęp mają osoby wykonujące zadania w PZK.
5. Osoba przyjmująca zgłoszenie w PZK odnotowuje:
   1) termin zgłoszenia;
   2) sposób zgłoszenia;
   3) dane identyfikujące pacjenta;
   4) informacje o osobie lub instytucji zgłaszającej, jeżeli zgłoszenia nie dokonuje pacjent i jeżeli jest to możliwe do ustalenia, relacje pomiędzy zgłaszającym a pacjentem;
   5) opis sytuacji powodującej zgłoszenie.
6. Osoba przyjmująca zgłoszenie w PZK w celu określenia rodzaju pomocy przeprowadza:
   1) ocenę sytuacji powodującej zgłoszenie,
   2) ocenę ryzyka zachowań destrukcyjnych – samobójstwa, autoagresji, agresji skierowanej przeciwko innym osobom i przedmiotom.
   3) przypisuje kategorię pilności zgłoszenia:
      a) pomoc udzielana niezwłocznie w dniu zgłoszenia,
      b) kontakt kliniczny w ciągu 72 godzin,
      c) tryb zwykły, z zastrzeżeniem części III ust. 1 pkt 5.
7. Oceny, o których mowa w ust. 6 pkt 1 i 2, mogą być dokonywane z wykorzystaniem skal ocen i kwestionariuszy zgodnie z rekomendacjami konsultantów i towarzystw naukowych oraz aktualną wiedzą medyczną.
8. Wynik ocen, o których mowa w ust. 6 pkt 1 i 2, określa dalszą ścieżkę opieki nad pacjentem.
9. Osoba przyjmująca zgłoszenie w PZK określa sposób udzielenia pomocy pacjentowi oraz powiadamia go o przewidywanym czasie oczekiwania na rozpoczęcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Sposób i termin podlegają udokumentowaniu.
10. W PZK osoba zgłaszająca otrzymuje informacje o prawach pacjenta wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i innych przepisów prawa. Informacje te obejmują w szczególności:
    1) zasady udzielania zgody na leczenie psychiatryczne;
    2) informacja o możliwości skorzystania ze wsparcia środowiskowego w związku z chorobą lub w trakcie terapii w szczególności informacja o działających przy CZP grupach wsparcia i uzyskania dostępu do pomocy asystenta zdrowienia;

3) sposób i warunki uzyskania pomocy w szczególności przez osoby ze szczególnymi potrzebami;
4) sposób zgłaszania skarg i wniosków;
5) sposób uzyskania dostępu do własnej dokumentacji medycznej.

11. Minimalną obsadę PZK stanowią dwie osoby. W razie potrzeby, w godzinach nasilonego napływu zgłoszeń, obsada PZK powinna być odpowiednio powiększana.
12. W przypadku zgłoszenia się do PZK pacjenta, u którego wstępna ocena potrzeb zdrowotnych wskazuje, że pacjent znajduje się w stanie nagłym związanym z zaburzeniem psychicznym organizuje się niezwłocznie przewiezienie pacjenta do miejsca udzielania pomocy doraźnej.

IV. Oddział psychiatryczny w ramach CZP

1. Świadczeniodawca prowadzący centrum zdrowia psychicznego posiada oddział psychiatryczny ogólny (4700), który w standardzie posiada liczbę łóżek nie większą niż 25 łóżek na 100 tys. osób powyżej 18. roku życia zamieszkujących obszar działania centrum, przy czym w okresach przejściowych stosuje się wskaźniki określone w § 3 i § 4 rozporządzenia.
2. W przypadku pobytu pacjenta w oddziale psychiatrycznym ogólnym, lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych:
   1) nie później niż przed upływem 5 dni roboczych od rozpoczęcia hospitalizacji, kontaktuje się z koordynatorem opieki centrum zdrowia psychicznego, w celu ustalenia sposobu zapewnienia kontynuacji opieki zdrowotnej nad pacjentem w ramach CZP;
3. W sytuacji, w której pacjent chce leczyć się w innym centrum zdrowia psychicznego, lekarz, o którym mowa w ust. 2 kontaktuje się z podmiotem leczniczym prowadzącym centrum zdrowia psychicznego wskazanym przez pacjenta.
4. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dodatkowo lekarz umieszcza:
   1) informację o terminie i miejscu wizyty w CZP po zakończeniu hospitalizacji lub,
   2) jeżeli pacjent złożył takie oświadczenie, informację o braku zgody pacjenta na kontynuację opieki w CZP;

3) ewentualne wskazanie do objęcia pacjenta opieką czynną.

5. W przypadku opisanym w części II ust. 3., szpital psychiatryczny przekazuje CZP dokumentację medyczną wytworzoną w związku z pobytem pacjenta, w związku z koniecznością kontynuacji opieki zdrowotnej.
6. W przypadku udzielenia porady niezakończonej przyjęciem do szpitala psychiatrycznego w ramach pomocy doraźnej, lekarz, który sprawuje opiekę nad pacjentem kontaktuje się z koordynatorem opieki centrum zdrowia psychicznego w celu ustalenia terminu i miejsca wizyty pacjenta w CZP.
7. Poza godzinami pracy PZK, osoba przyjmująca zgłoszenie informuje pacjenta o konieczności skontaktowania się z PZK oraz przekazuje informacje niezbędne do takiego kontaktu. Jednocześnie ustala sposób kontaktu z pacjentem i przesyła do koordynatora opieki CZP informacje o konieczności objęcia pacjenta opieką wraz z informacjami niezbędnymi do nawiązania takiego kontaktu.

V. Organizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego w CZP

1. CZP zapewnia możliwość dokonania zgłoszenia w zakresie chęci uzyskania pomocy CZP dla siebie lub innej osoby w różnych formach, w tym osobiście, telefonicznie lub drogą elektroniczną, według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach pracy CZP. Kolejność udzielania pomocy ustala się z uwzględnieniem pilności klinicznej zgłoszenia.
2. CZP zapewnia dostęp do PZK bez wcześniejszego umawiania terminu – niezależnie od sposobu zgłoszenia, w dniach i godzinach pracy PZK.
3. W CZP ustala się standardy postępowania w odpowiedzi na zgłoszenia w szczególności w sytuacji:
   1) zgłoszenia pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub potrzeby pilnej interwencji (np. kryzys suicydalny);
   2) zgłoszenia anonimowego;
   3) zgłoszenia pochodzącego od osoby bliskiej lub pracownika instytucji;
   4) zgłoszenia osoby pełnoletniej we własnej sprawie;
   5) zgłoszenia osoby niepełnoletniej we własnej sprawie;
   6) zgłoszenia osoby niepełnoletniej w sprawie osoby bliskiej;
   7) zgłoszenia pacjenta w stanie upojenia alkoholowego lub pod wpływem substancji psychoaktywnych;
   8) zgłoszenia pacjenta spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej CZP;

9) zgłoszenie mieszkańca spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej.

4. Ustalony sposób postępowania powinien określać:
   1) zakres informacji pozyskiwanej od osoby zgłaszającej;
   2) zakres informacji, który powinien zostać przekazany tej osobie;
   3) sposób postępowania w celu zapewnienia pomocy osobie, której dotyczy zgłoszenie;
   4) zakres informacji podlegających udokumentowaniu w związku ze zgłoszeniem;
   5) określenie sytuacji, w których zgłoszenie łączy się z koniecznością złożenia zawiadomienia do innych służb;
   6) osoby odpowiedzialne za złożenie zawiadomienia; zakres informacji dokumentowanych w związku ze zgłoszeniem do innych służb;
   7) sposób kontaktowania się z tymi służbami.
5. Zgłoszenia są oceniane indywidualnie lub zespołowo przez personel CZP i w wyniku oceny pacjenta przyporządkowuje się do odpowiedniej grupy.
6. Przy podejmowaniu decyzji o przekierowaniu pacjenta do opieki w innym CZP lub innej jednostce organizacyjnej CZP i planowaniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego uwzględnia się konieczność zapewnienia ciągłości opieki, jak również bierze się pod uwagę potrzeby zdrowotne pacjenta.
7. W CZP określa się standardy postępowania, które zapewniają osobom zgłaszającym się lub zgłaszanym pokierowanie do odpowiednich osób lub zespołów udzielających świadczeń zdrowotnych lub innych usług w ramach lub poza CZP, zgodnie z potrzebami pacjenta.
8. Standard diagnostyczno-terapeutyczny CZP obejmuje cztery wymagania organizacyjne:
   1) odpowiedzialność terytorialną, dostępność oraz wczesną i natychmiastową pomoc – pacjent uzyskuje świadczenie w obszarze działania CZP lub w najbliższym dostępnym miejscu;
   2) ciągłość opieki, kompleksowość, koordynację i włączenie sieci oparcia społecznego – CZP podtrzymuje kontakt z pacjentami wymagającymi ciągłości leczenia, którzy sami nie zgłosiliby się na kolejne świadczenie;
   3) lokalność i współpracę – CZP współpracuje z administracją samorządową i rządową, pomocą społeczną oraz instytucjami i organizacjami społecznymi na zasadach wzajemności i wymiany informacji niezbędnej do udzielenia pomocy;

4) jakość i racjonalność – realizowane świadczenia są zgodne ze standardami organizacyjnymi CZP, a częstość kontaktu z pacjentem i jego środowiskiem w ramach pomocy czynnej podlega bieżącemu monitorowaniu przez kierownika CZP.

9. Proces diagnostyczno-terapeutyczny obejmuje
   a) przyjęcie zgłoszenia i ocena bezpieczeństwa w PZK, kończąca się przypisaniem kategorii pomocy i poziomu opieki, o których mowa w rozdziale II;
   b) pełna ocena potrzeb zdrowotnych, funkcjonowania społecznego i zasobów pacjenta oraz sformułowanie problemu klinicznego, w toku pierwszych wizyt pacjenta u zespołu terapeutycznego;
   c) uzgodnienie planu terapii i zdrowienia obejmującego zgodę pacjenta, plan postępowania w sytuacji kryzysowej oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za koordynację;
   d) realizacja interwencji na poziomie opieki stopniowanej odpowiadającym ciężkości i złożoności potrzeb pacjenta, przy zachowaniu zasady najmniej intensywnej formy pomocy skutecznej w danej sytuacji;
   e) zaplanowany przegląd realizacji planu terapii i zdrowienia w terminie w nim określonym;
   f) decyzja po przeglądzie, obejmująca kontynuację, modyfikację, zwiększenie intensywności opieki, zmniejszenie intensywności opieki albo zakończenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
10. Termin przeglądu i treść decyzji, o których mowa w ust. 9, dokumentuje się w dokumentacji medycznej pacjenta.

VI. Pomoc czynna

1. Pomoc czynna jest udzielana w formie:
   1) krótkoterminowej czynnej,
   2) długoterminowej czynnej.
2. Pomoc czynna obejmuje leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów i organizowana jest przez koordynatora opieki.
3. Pomoc czynna polega na aktywnym i zorganizowanym postępowaniu zespołu terapeutycznego, w tym koordynatora opieki, mającym na celu przywrócenie bądź

poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w społeczeństwie.

4. Pomoc czynna jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego).
5. Pomocą czynną obejmuje się pacjenta, którego stan zdrowia wymaga interdyscyplinarnej terapii i aktywnego wsparcia w procesie zdrowienia, w tym pacjenta:
   1) z nasilonymi, utrzymującymi się objawami zaburzeń psychotycznych lub
   2) z częstymi zaostrzeniami i nawrotami zaburzeń lub
   3) wymagającego, w okresie remisji, systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom lub
   4) o ograniczonej zdolności do samodzielnej egzystencji, a pozbawionego dostatecznej opieki osób bliskich lub
   5) pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej.
6. Koordynację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych zgodnie z planem terapii i zdrowienia w ramach pomocy czynnej zapewniają koordynatorzy opieki. W uzasadnionych przypadkach koordynator opieki może być wyznaczony również dla pacjenta objętego pomocą długoterminową.
7. Do zadań koordynatora opieki należy:
   1) identyfikacja potrzeb zdrowotnych, potrzeb w zakresie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz możliwych sposobów ich zaspokojenia w oparciu o zasoby istniejące w lokalnej społeczności;
   2) udział w zebraniach zespołu terapeutycznego oraz współpraca z członkami zespołu terapeutycznego;
   3) przekazywanie zespołowi terapeutycznemu bieżących informacji o działaniach związanych z pacjentem;
   4) udzielanie pacjentowi informacji o przysługujących mu świadczeniach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i innych formach zabezpieczenia społecznego;
   5) współudział w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i procesu zdrowienia oraz bieżące monitorowanie ich realizacji;
   6) udzielanie pacjentowi wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i procesu zdrowienia oraz jego koordynacja;

7) podejmowanie współpracy i wymiana informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności z właściwym lekarzem rodzinnym oraz wsparcia społecznego;
8) pomoc i wsparcie pacjenta w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
9) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym pacjenta;
10) wspieranie pacjenta w utrzymaniu wysokiej oraz możliwie trwałej motywacji do leczenia,
11) informowanie pacjenta o wyznaczonych terminach udzielenia mu świadczeń opieki zdrowotnej w CZP.

8. Pacjentowi zapewnia się możliwość kontaktu bezpośrednio, telefonicznie lub drogą elektroniczną za pomocą systemów teleinformatycznych z jego koordynatorem w godzinach pracy koordynatora.
9. Na jednego koordynatora opieki nie może przypadać więcej niż 30 pacjentów objętych pomocą czynną, w przeliczeniu na równoważnik 1 etatu przeliczeniowego.
10. Decyzję o kwalifikacji pacjenta do pomocy czynnej oraz o zmianie tej formy pomocy na inną, po uzyskaniu zgody pacjenta, podejmuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz psychiatra, i koordynator opieki.
11. Zespół terapeutyczny wraz z koordynatorem opieki przeprowadza okresowo, nie rzadziej jednak niż raz w roku, ocenę zasadności kontynuowania obejmowania pacjenta pomocą czynną.
12. Dla każdego pacjenta objętego pomocą czynną sporządza się plan terapii i zdrowienia oraz wyznacza się koordynatora opieki.
13. W ramach pomocy czynnej zapewnia się odpowiednio częsty kontakt koordynatora opieki oraz zespołu terapeutycznego z pacjentem oraz, w zakresie z nim uzgodnionym, ze środowiskiem społecznym pacjenta, podmiotem podstawowej opieki zdrowotnej (a w razie potrzeby podmiotami opieki specjalistycznej) oraz z organizacjami zajmującymi się aktywizacją zawodową, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych, jeśli zachodzi taka potrzeba.
14. W celu rozwiązania problemów środowiskowych pacjenta oraz w zakresie z nim uzgodnionym, organizuje się sesje wsparcia psychospołecznego i sesje rodzinne, prowadzi się rozmowy o charakterze konsultacyjnym z bliskimi pacjenta oraz – w niezbędnym zakresie – z jego sąsiadami lub współpracownikami

15. W stosunku do wszystkich pacjentów objętych pomocą czynną wymagane jest odbycie co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w ciągu tygodnia – bezpośredniego, telefonicznego lub drogą elektroniczną.
16. Przy każdym kontakcie ustalany jest termin i miejsce następnego kontaktu. W przypadku pacjentów wypisywanych z oddziału psychiatrycznego termin pierwszego kontaktu ustala się w okresie nie przekraczającym 7 dni od wypisu.
17. W przypadku niezgłaszania się pacjenta na świadczenia zdrowotne w wyznaczonych terminach koordynator opieki, w porozumieniu z lekarzem psychiatrą (lub zespołem terapeutycznym), podejmuje co najmniej jeden spośród następujących sposobów nawiązania kontaktu:
    1) telefonicznie z pacjentem lub jego rodziną;
    2) mailowo bądź listownie (na kopercie nie należy przystawiać pieczątki zawierającej informacje wskazujące na rodzaj leczenia CZP);
    3) bezpośrednio – osobiście, w drodze wizyty domowej.
18. Nie podejmuje się nawiązania kontaktu telefonicznego (lub drogą elektroniczną), listownego lub bezpośredniego w przypadku wyraźnego sprzeciwu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, z zastrzeżeniem ust. 19.
19. W przypadku, gdy zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może on stwarzać zagrożenie bezpośrednio dla własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób albo nie jest zdolny do zaspokajania swoich podstawowych potrzeb życiowych, czemu można zapobiec poprzez niezwłoczną interwencję, podejmowane są stosowne działania z udziałem lekarza psychiatry, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

VII. Plan terapii i zdrowienia

1. Formy opieki oferowane pacjentowi określa się w planie terapii i zdrowienia.
2. Plan terapii i zdrowienia uzgadniany jest pomiędzy zespołem terapeutycznym, koordynatorem opieki oraz pacjentem i obejmuje w szczególności:
    1) podsumowanie oceny problemów zdrowotnych (w tym somatycznych);
    2) opis dostępnego wsparcia społecznego pacjenta;
    3) wskazanie osób, które będą zaangażowane w proces zdrowienia za zgodą pacjenta;
    4) lista potrzeb społecznych;
    5) lista celów terapii;

6) lista planowanych działań oraz metod terapii.

3. Zespół terapeutyczny, odpowiednio do potrzeb zdrowotnych pacjenta, podejmuje współpracę z właściwym podmiotem podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie monitorowania stanu zdrowia somatycznego pacjenta, w szczególności wykonywania niezbędnych badań kontrolnych oraz monitorowania działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii.
4. Realizacja Planu terapii i zdrowienia podlega systematycznej ocenie dokonywanej przez zespół terapeutyczny, koordynatora opieki i pacjenta. W wyniku tej oceny plan terapii i zdrowienia może ulec modyfikacji.
5. Szczegółowy plan terapii i zdrowienia sporządza się dla pacjentów objętych opieką czynną.
6. W opracowaniu planu terapii i zdrowienia, za zgodą pacjenta, mogą brać udział członkowie jego rodziny (bliscy), osoby z sieci wsparcia społecznego, terapeuci oraz inni pracownicy CZP.
7. Sporządzenie planu terapii i zdrowienia nie jest obowiązkowe dla pacjentów będących w opiece konsultacyjnej.
8. Plan terapii i zdrowienia określa cele terapeutyczne, ustalone z uwzględnieniem potrzeb i zasobów pacjenta, działania służące ich osiągnięciu oraz zakres udziału pacjenta w planowaniu, realizacji i ocenie procesu zdrowienia.
9. Plan terapii i zdrowienia podlega ewaluacji, okresowej analizie, ocenie i niezbędnym modyfikacjom ukierunkowanym na postępy w procesie zdrowienia pacjenta.
10. Informacje zawarte w planie terapii i zdrowienia powinny być:
    1) zrozumiałe dla pacjenta, sformułowane w sposób jednoznaczny i niepozostawiający miejsca na interpretację;
    2) sformułowane w sposób umożliwiający jednoznaczną weryfikację ich realizacji;
    3) mobilizujące dla pacjenta, wspierając jego wysiłki w zdrowieniu;
    4) osiągalne, bazujące na zasobach pacjenta, jego mocnych stronach;
    5) określone w czasie, z dokładnie określonym czasem ich osiągnięcia.
11. Plan terapii i zdrowienia stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta.
12. Zakończenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego następuje po osiągnięciu celów terapeutycznych.
13. W CZP prowadzona jest okresowa i końcowa ewaluacja procesów diagnostyczno-terapeutycznych, która obejmuje ocenę efektu zdrowotnego i stopnia osiągnięcia celów

zdrowienia z perspektywy zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, pacjenta lub rodziny (bliskich) oraz pracowników współpracujących z CZP w realizacji planu terapii i zdrowienia.

14. Ocena, o której mowa w ust. 13, obejmuje ocenę:
    1) satysfakcji;
    2) jakości życia;
    3) funkcjonowania;
    4) stanu klinicznego pacjenta, realizowaną przez zespół terapeutyczny.
15. Ocena uwzględnia ciągłość opieki, dostępność, bezpieczeństwo i różnice w ciężkości leczonych przypadków.
16. Ocenę przeprowadza się w sposób umożliwiający obserwację zmian zachodzących u pacjenta oraz w populacji objętej pomocą.
17. W procesie ewaluacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych uwzględnia się rolę otoczenia społecznego oraz jego oddziaływanie na osiągnięte rezultaty oraz postępy zdrowienia.
18. Ewaluacja przypadku jest prowadzona z częstotliwością wskazaną w planie terapii i zdrowienia, lecz nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy lub przy zmianie celów terapeutycznych.
19. Pacjent otrzymuje kompleksową, terminową i dokładną informację o postępach w realizacji planu terapii i zdrowienia, uzyskiwanych efektach, jak również propozycje aktualizacji planu terapii i zdrowienia. Przepis art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o prawach pacjenta stosuje się odpowiednio.
20. Osoby uprawnione lub wskazane przez pacjenta otrzymują informacje w zakresie koniecznym do realizacji planu terapii i zdrowienia.

VIII. Asystenci zdrowienia

1. W CZP zatrudnia się asystentów zdrowienia, którzy udzielają wsparcia jego pacjentom.
2. Do zadań asystentów zdrowienia należy:
    1) udzielanie wsparcia pacjentom przez: wysłuchanie, rozmowę, dzielenie się osobistym doświadczeniem związanym z chorowaniem i zdrowieniem, dzielenie się praktyczną wiedzą na temat przezwyciężania kryzysu, postaw i działań pomocnych w odzyskiwaniu zdrowia, towarzyszenie pacjentowi w wizytach lekarskich za jego zgodą;

2) udzielanie wsparcia rodzinom pacjentów przez: pokazywanie perspektywy osoby chorującej, dzielenie się doświadczeniami z chorowania i zdrowienia;
3) uczestniczenie w zajęciach Klubu Pacjenta;
4) uczestniczenie w spotkaniach zespołu CZP, w tym w superwizjach, dzielenie się swoimi spostrzeżeniami z zespołem terapeutycznym;
5) informowanie pacjenta o zakresie możliwości uzyskania pomocy ze strony profesjonalistów z różnych dziedzin, zatrudnionych w ramach CZP;
6) wspieranie i motywowanie pacjenta, ale nie wyręczanie go w codziennych obowiązkach;
7) dokumentowanie wykonywanych czynności pomocowych w sposób uzgodniony z kierownikiem CZP.