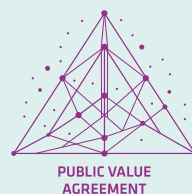


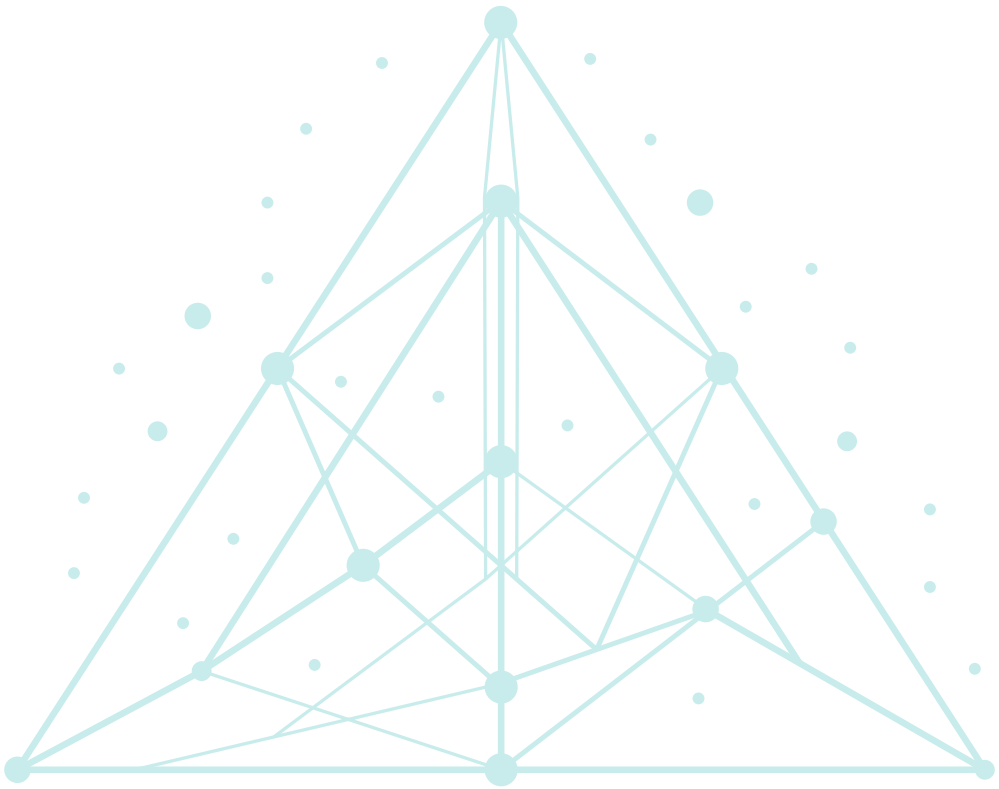


# Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia:

sukces lub upadek  
centrów zdrowia psychicznego

Tomasz Rowiński, Anna Depukat





# **Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia:**

**sukces lub upadek  
centrów zdrowia psychicznego**

**PVA**

---

Autorzy deklarują, że nie istnieją żadne powiązania finansowe, instytucjonalne ani osobiste, które mogłyby wpłynąć na treść, wyniki lub interpretację przedstawionej pracy. Autorzy nie prowadzą komercyjnej działalności leczniczej w formie prywatnego gabinetu ani niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Nie pobierają również wynagrodzenia z tytułu promocji produktów leczniczych.

Autorzy oświadczają ponadto, że niniejsza publikacja ma charakter wyłącznie analityczny i naukowy oraz nie stanowi wykonywania zawodowej działalności lobbingowej w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa. Przedstawione w pracy stanowiska, wnioski i rekomendacje wynikają z niezależnej analizy naukowej i pozostają wolne od jakiegokolwiek zlecenia lub wpływu mającego na celu oddziaływanie na proces legislacyjny.

Publikacja jest sfinansowana ze środków Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej.

# Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia:


**sukces lub upadek  
centrów zdrowia psychicznego**


**Tomasz Rowiński, Anna Depukat**

Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej  
Warszawa 2026

## FUNDAMENTY MORALNE W REFORMIE OCHRONY ZDROWIA: SUKCES LUB UPADEK CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

### Autorzy:

**Tomasz Rowiński** – Rada ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia | Zespół ds. analizy zdarzeń, na skutek których małe dzieci poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu | Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej | Szkoła Główna Handlowa w Warszawie  
 <https://orcid.org/0000-0001-5442-5547>

**Anna Depukat** – Rada ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia | Instytut Rozwoju w Ochronie Zdrowia | Szpital Uniwersytecki w Krakowie  <https://orcid.org/0009-0003-8757-5463>

**Redakcja językowa:** Klaudia Bień

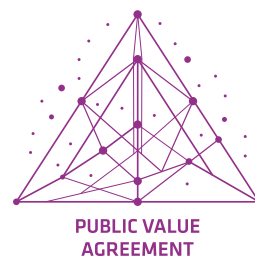
**Projekt, skład i łamanie tekstu:** CleverMinds.pl

**Fotografia na pierwszej i wewnętrznej stronie okładki:** *Migrant Mother*, głodująca Florence Thompson z dziećmi w czasie Wielkiego Kryzysu w USA, Nipomo, Kalifornia, 1936 r. Fot. Dorothea Lange (Biblioteka Kongresu USA)

**Fotografia na ostatniej stronie okładki:** Publiczna demonstracja znieczulenia eterowego przeprowadzona przez Williama T.G. Mortona w bostońskim szpitalu Massachusetts General Hospital 16 października 1846 roku. Fot. Southworth & Hawes (U.S. National Library of Medicine / Massachusetts General Hospital)

Wydanie I

PVA imprint Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej  
© Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej, Warszawa 2026



Licencja: Niniejsza publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowa (CC BY-NC-SA 4.0). Pełny tekst licencji dostępny jest pod adresem:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.p>

ISBN 978-83-979615-1-7

### Sugerowane cytowanie (APA):

Rowiński, T., Depukat, A. (2026). *Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego*. Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej.  
<https://doi.org/10.66081/pfhy8450>

Rowiński, T., Depukat, A. (2026). *Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego. Suplement*. Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej.  
<https://doi.org/10.66081/zowz3569>

## Spis treści

Od autorów .....	11
Przedmowa .....	15
<i>Business as usual has failed and will continue to do so</i> .....	19
Pomiędzy różnym rozumieniem fundamentu troski – ochrony przed krzywdą: wartość publiczna .....	43
Pomiędzy wolą zmieniania a entropią systemu: legitymizacja i wsparcie .....	59
Pomiędzy wyzwaniem a możliwościami: zdolności organizacyjne .....	71
Pomiędzy szansą a upadkiem: „czarna owca” w medycynie .....	77
Odpowiedzialność decydentów .....	85
Bibliografia .....	88
Komentarze .....	101

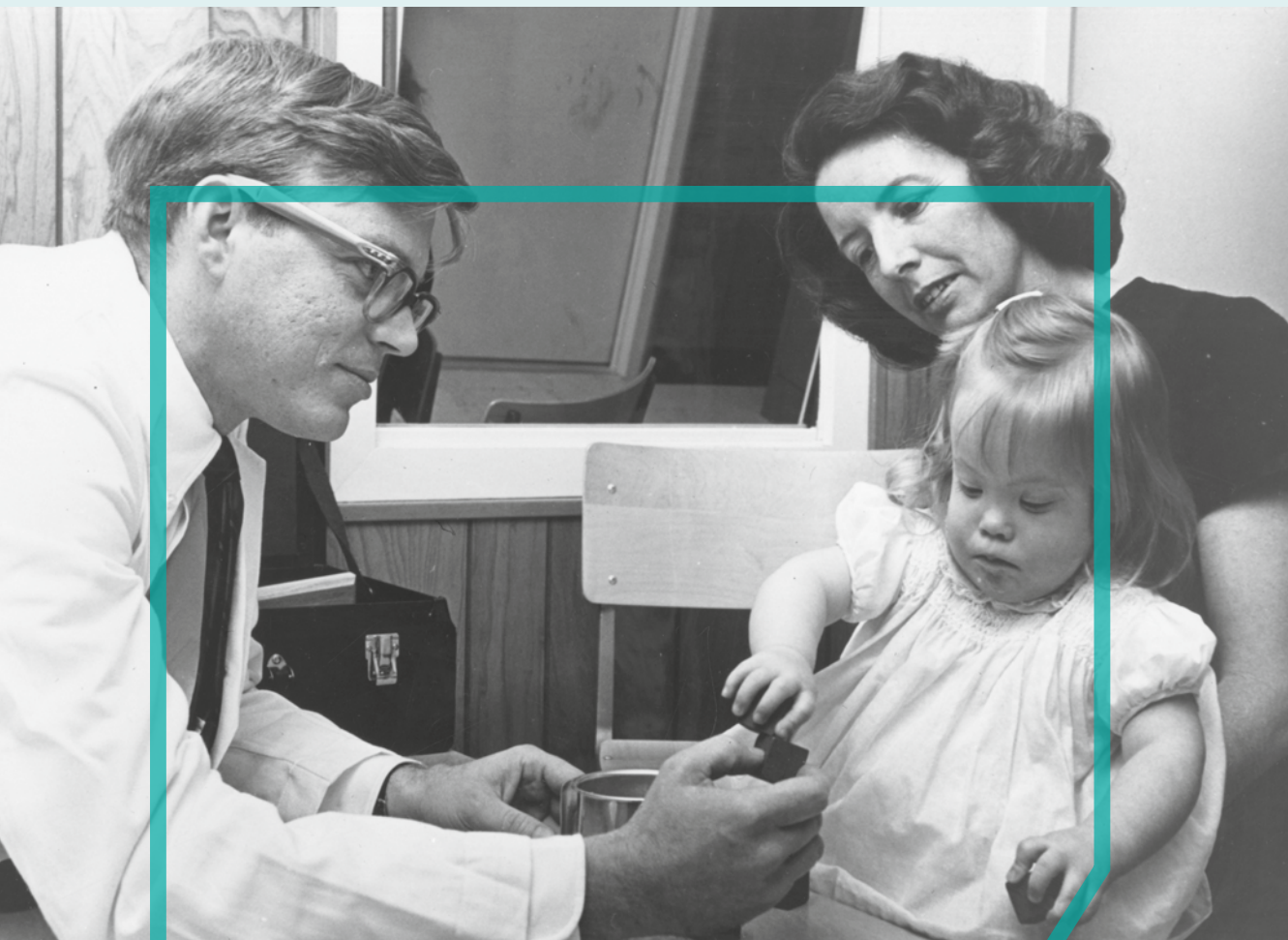
Suplement dostępny jest w internecie pod adresem:  
<https://doi.org/10.66081/zowz3569>





***Bez ustaw i bez wodza, błądzą po lasach***

(de Montesquieu, 1927)



**Badanie diagnostyczne. Dr Robert Jay i dziecko z zespołem Downa**

fot. U.S. National Library of Medicine (NLM) / National Institutes of Health (NIH).



## Od autorów

---

O ddajemy w Państwa ręce publikację, która nie jest kolejnym raportem o psychiatrii. Jest zaproszeniem do spojrzenia poza horyzont codziennych sporów o pieniądze, kolejki i rozporządzenia. Jest próbą zrozumienia, dlaczego – mimo że wszyscy deklarujemy troskę o pacjenta – polski system ochrony zdrowia psychicznego od lat tkwi w pułapce „wiecznego pilotażu” i erozji ogromnego kapitału ludzkiego, zaangażowania dużej części środowiska specjalistów, pacjentów i rodzin, ekspertów, decydentów i urzędników.

U podstaw tego kryzysu nie leżą wyłącznie niedobory środków, błędy organizacyjne czy napięcia między instytucjami. Problem sięga głębiej. Dotyczy tego, jak rozumiemy dobro pacjenta, bezpieczeństwo, sprawiedliwość, odpowiedzialność państwa i sens reformy opieki psychiatrycznej. Odnosi się więc nie tylko do polityki zdrowotnej, lecz także dotyczy moralnych fundamentów decyzji publicznych. Właśnie dlatego ta publikacja nie ogranicza się do opisu reformy centrów zdrowia psychicznego. Podejmuje próbę uchwycenia konfliktu wartości, który ujawnia się w prawie, finansowaniu, praktyce klinicznej i sporach o przyszły kształt systemu.

Jest to zarazem opowieść o budowaniu wartości publicznej w trudzie, godzeniu różnych wizji i pomysłów. Wartość publiczna nie rodzi się z samej deklaracji celu ani z administracyjnego ogłoszenia reformy. Musi zostać rozpoznana, nazwana i uzgodniona pomiędzy głównymi uczestnikami systemu: pacjentami, ich bliskimi, profesjonalistami, organizatorami świadczeń, płatnikiem publicznym i ministerstwami. Dopiero wtedy może uzyskać legitymizację społeczną i polityczną. A i to nie wystarcza. Państwo musi dysponować zdolnością organizacyjną do wdrożenia uzgodnionych wartości: stabilnym finansowaniem, odpowiednimi kadrami, spójnymi regułami działania, instytucjami zdolnymi do koordynacji oraz prorozwojowym systemem rozliczania i kontroli. Tam, gdzie brakuje legitymizacji albo zdolności wdrożeniowej, wartość publiczna pozostaje jedynie obietnicą. Reforma zdrowia psychicznego w Polsce szczególnie wyraziście pokazuje, jak łatwo rozchodzą się deklaracje, społeczne oczekiwania i realne możliwości państwa.

Pierwsza część publikacji stanowi zasadniczy trzon całości. Nie jest jedynie analizą techniczną ani opisem kolejnych etapów pilotażu. To próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego ten sam system, posługując się podobnym językiem dobra, troski i odpowiedzialności,

wytwarza tak odmienne wizje opieki. Raport pokazuje, że spór o centra zdrowia psychicznego nie jest wyłącznie sporem o model organizacyjny. To także spór o to, czym ma być państwo wobec osób w kryzysie psychicznym: czy ma przede wszystkim administrować świadczeniami, czy też aktywnie organizować warunki realnej, dostępnej i godnej pomocy.

Druga część, *Komentarze*, poszerza tę perspektywę. Pokazuje, że debata o reformie nie może zostać zamknięta w jednym stanowisku, perspektywie Autorów, jednej dyscyplinie ani jednej instytucji. Zebrane głosy ujawniają zarówno punkty wspólne, jak i napięcia: między odwagą zmiany a ostrożnością instytucji, między potrzebą deinstytucjonalizacji a obowiązkiem zabezpieczenia pacjentów najciężiej chorujących, między moralną intuicją a logiką systemu. Dzięki temu publikacja nie narzuca jednego rozstrzygnięcia, lecz tworzy przestrzeń poważnej debaty publicznej. Pragniemy, by debata była otwarta i uczciwa – bez lęku o konsekwencje wyrażanych opinii, ale konkluzyjna z realizacją podejmowanych decyzji. Jak pokazuje historia, wiele debat już miało miejsce w gmachu naszego Parlamentu. Wiele obaw, wyników kontroli powraca w dyskursie publicznym jako niekończąca się opowieść.

Trzecia część, *Suplement*<sup>\*</sup>, porządkuje materiał źródłowy: dokumenty, kalendarium, akty prawne, dane i rekomendacje. Nie pełni roli pomocniczej jedynie w sensie technicznym. Jest zapleczem dowodowym całej książki i pozwala oddzielić interpretację od faktów, pamięć selektywną od przebiegu rzeczywistych procesów, a publicystyczny skrót od historii reformy. Mamy świadomość, że ta część naszej publikacji będzie żyła. Na tyle, na ile umieliśmy w tym czasie, staraliśmy się uwzględnić wszystkie ważne dokumenty i wydarzenia, które miały wpływ na powstanie rozdźwięku pomiędzy obietnicą naszego państwa a jej realizacją. Jesteśmy świadomi, że ta część wymaga uzupełnienia, także przez innych uczestników tej debaty lub poprzednich debat. Wiemy, że wielu rzeczy nie ma w oficjalnych dokumentach czy protokołach, a mogły być decydujące w określonych momentach historii ochrony zdrowia psychicznego.

Szczególne podziękowania składamy dla naszych rodzin, które w chwilach zarówno nadziei, jak i zwątpienia były z nami. Ta publikacja byłaby niedoskonała, gdyby nie wypowiedzi naszych Komentatorów. Wysłaliśmy indywidualne zaproszenia do szerokiego grona, starając się uwzględnić perspektywę możliwie najszerszą. Tym, którzy zechcieli nam odpowiedzieć, bardzo dziękujemy. Mamy nadzieję na dyskusje i spotkanie z Komentującymi w innych okolicznościach. Jesteśmy im wdzięczni za otwartość, szczerość i odwagę. Ich wkład poczyniony w przygotowanie tej publikacji jest nieoceniony.

---

\* <https://doi.org/10.66081/zowz3569>

Oddajemy tę publikację z przekonaniem, że przyszłość rozstrzyga się nie tylko w ustawach, budżetach i zarządzeniach, lecz także w tym, jakie wartości potrafimy wspólnie uznać za publicznie wiążące – i czy nasze państwo ma odwagę oraz zdolność, by je urzeczywistnić. Jeżeli ta książka pomoże nam w debacie, pozwoli lepiej zrozumieć zarówno sens reformy, jak i przyczyny jej kruchości, spełni swoje zadanie.



### **Tomasz Rowiński**

Psycholog, doktor nauk społecznych, adiunkt w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie oraz absolwent EMBA WUM-SGH w ochronie zdrowia, ekspert ds. współpracy międzysektorowej. Od 2015 r. rozwija i wdraża modele środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych, które są tworzone na podstawie autorskiej koncepcji zdrowia psychicznego. Istotnym elementem wdrażanych przez niego rozwiązań jest opieka stopniowana oraz koordynacja wsparcia we współpracy międzysektorowej (ochrona zdrowia–oświata–pomoc społeczna). Założył i był pierwszym prezesem uniwersyteckiego podmiotu leczniczego (ponad 25 milionów przychodu w dziewiętnastu placówkach w całej Polsce), w którym jednym z kluczowych aspektów jest włączanie rodziców i sieci oparcia (zasobów) jako współuczestników procesu terapeutycznego dzieci i młodzieży. Autor lub współautor ponad 40 publikacji naukowych. Członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, członek Zespołu ds. analizy zdarzeń, na skutek których małe dzieci poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przy Ministrze Sprawiedliwości, członek Zespołu ds. reformy systemu pomocy społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, członek Mazowieckiej Rady Oświatowej i ekspert współpracujący z WHO. Współtwórca pierwszego środowiskowego centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży na warszawskich Bielanych oraz współautor procedur interwencji kryzysowej dla szkół w ramach współpracy z poradniami psychologicznymi. Laureat „Złotej Synapsy” przyznawanej przez środowisko lekarzy psychiatrów.

**Anna Depukat**

Lekarka, doktor nauk medycznych, specjalistka psychiatrii dorosłych, w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Łączy wieloletnią praktykę kliniczną z doświadczeniem menedżerskim i działalnością ekspercką w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, gdzie pełni m.in. funkcję kierownika Sekcji ds. Jakości Dokumentacji Medycznej i Wsparcia Procesów Wdrożeniowych oraz koordynuje standardy ochrony nieletnich. Absolwentka Wydziału Lekarskiego CM UJ oraz studiów MBA in Health Care. Pełniła funkcje kierownicze i dyrektorskie w placówkach psychiatrycznych, w tym kierowała Biurem ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od lat współpracuje z WHO, Ministerstwem Zdrowia oraz instytucjami krajowymi i zagranicznymi przy projektowaniu i wdrażaniu rozwiązań systemowych w psychiatrii. Uczestniczyła w pracach polskiej prezydencji w Radzie UE, wnosząc wkład merytoryczny do „Konkluzji Rady w sprawie promowania i ochrony zdrowia psychicznego dzieci i nastolatków w erze cyfrowej” (RUE, dok. 9069/25). Członkini Prezydium Zarządu Głównego PTP, Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy MZ oraz zespołów ds. reformy CZP. Autorka i współautorka publikacji naukowych, wykładowczyni akademicka. Zawodowo koncentruje się na organizacji opieki psychiatrycznej, zdrowiu publicznym i suicydologii, łącząc perspektywę kliniczną z myśleniem systemowym.

## Przedmowa

---

Opieka środowiskowa w systemie ochrony zdrowia psychicznego nie jest już jedynie aspiracją. Stała się kierunkiem zmian w znacznej części Europy, wspieranym przez rosnącą liczbę dowodów naukowych na jej skuteczność oraz wdrażanym – przy zróżnicowanych podejściach i na różnym poziomie zaawansowania – w krajowych systemach ochrony zdrowia. Pytanie, przed którym stoją dziś decydenci, dotyczy już w mniejszym stopniu tego, czy zmierzać w stronę środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego, a bardziej tego, jak skalować ten proces w sposób trwały oraz z zachowaniem mocnych stron istniejących rozwiązań.

Z perspektywy EUCOMS<sup>1</sup> doświadczenia międzynarodowe dostarczają ważnych lekcji. W całej Europie i poza nią rozwój środowiskowych usług zdrowia psychicznego wiązał się z poprawą dostępu do opieki, zachowaniem ciągłości wsparcia oraz większą zdolnością docierania do osób, które w przeciwnym razie mogłyby pozostawać poza systemem. Co istotne, modele te umieszczają zdrowienie w centrum opieki – wspierając osoby nie tylko w redukcji objawów klinicznych, lecz także w odbudowywaniu satysfakcjonującego życia w swoim środowisku, utrzymywaniu ról społecznych oraz pełnym uczestnictwie w życiu społecznym. Praktyka zorientowana na zdrowienie uznaje, że skuteczna opieka w zakresie zdrowia psychicznego wykracza poza samo leczenie kliniczne i zależy od lokalnych ekosystemów opieki i wsparcia, w których służba zdrowia, pomoc społeczna, organizacje społeczne oraz osoby z doświadczeniem własnym współpracują na rzecz podtrzymywania procesu zdrowienia.

Niniejszy raport stanowi wkład w ważną dyskusję o przyszłości systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, szczególnie w odniesieniu do rozwoju centrów zdrowia psychicznego oraz szerszego zwrotu ku opiece środowiskowej. Analizując proces reformy przez pryzmat określonej teorii, autorzy zapraszają do refleksji nad wartościami, rozwiązaniami instytucjonalnymi i praktycznymi wyzwaniami, które kształtują transformację systemu. Przedstawione tu perspektywy odzwierciedlają złożoność procesów reform, z którymi mierzy się obecnie wiele krajów w Europie.

---

<sup>1</sup> <https://eucoms.net>

Jako Europejska Sieć Świadczeniodawców Usług Zdrowia Psychicznego (EUCOMS), uważamy, że trwała reforma musi być zakorzeniona w lokalnych realiach. Doświadczenia międzynarodowe i dobre praktyki dostarczają cennych lekcji, jednak systemów zdrowia psychicznego nie da się przekształcić przez proste przenoszenie gotowych rozwiązań. Trwały postęp pojawia się wtedy, gdy reformy opierają się na istniejących zasobach, dostosowują się do lokalnego kontekstu oraz angażują profesjonalistów, organizacje i społeczności odpowiedzialne za realizację opieki. Konstruktwna debata – oparta na dowodach naukowych, doświadczeniu ekspertów oraz wysłuchaniu osób korzystających z usług i tych, którzy je świadczą – jest niezbędną do budowania systemów ochrony zdrowia psychicznego, które są zarówno skuteczne, jak i humanitarne.

W EUCOMS nadal będziemy z zainteresowaniem śledzić przebieg reformy w Polsce. Z równą gotowością chcemy dzielić się naszym doświadczeniem, a także uczyć się z doświadczeń Polski, dostrzegając wartość takiej dwukierunkowej wymiany dla promowania szerszego europejskiego dialogu na temat środowiskowej opieki w zdrowiu psychicznym.

**dr René Keet**  
Przewodniczący Zarządu  
European Community Mental Health Service Providers Network  
(EUCOMS)

**dr René Keet**

Lekarz specjalista psychiatrii, trener i badacz specjalizujący się w środowiskowej ochronie zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego oraz usługach zorientowanych na zdrowienie (*recovery-oriented approach*). Przewodniczy European Community Mental Health Service Providers Network (EUCOMS). Doradzał wielu krajom europejskim w transformacji systemów ochrony zdrowia psychicznego. Przez dziesięciolecia pełnił funkcję dyrektora w ramach środowiskowych usług oraz FIT Academy w GGZ Noord-Holland-Noord, jednej z wiodących organizacji świadczących usługi zdrowia psychicznego w Holandii. Ma wyjątkowe doświadczenie w zarządzaniu i superwizji zespołów środowiskowych, w partnerstwach dotyczących współpracy międzysektorowej oraz w dialogu dotyczącym polityk publicznych. Jest współautorem publikacji poświęconych zasadom środowiskowych usług zdrowia psychicznego, opiece zorientowanej na zdrowienie, modelowi Flexible Assertive Community Treatment (FACT) oraz usprawnianiu sposobu organizacji i świadczenia usług zdrowia psychicznego.



## Rejestracja

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



## *Business as usual has failed and will continue to do so*

---

**P**owyższy tytuł pochodzi z artykułu Patela i in. (2023) opublikowanego w czasopiśmie „The Lancet”. Przedstawiono w nim zasady budowania nowego systemu ochrony zdrowia psychicznego po jego popandemicznej zapaści. Trzeba bowiem nazwać rzecz po imieniu: w Polsce cały system ochrony zdrowia znalazł się w poważnym kryzysie. Organizowanie go „jak zwykle” nie wytrzymało zderzenia z potrzebami zdrowotnymi. Nie możemy dalej działać w ten sam sposób, ponieważ zbyt często gubimy tych, którzy cierpią i potrzebują sprawnie funkcjonującego systemu. Pisząc „sprawny system”, mamy na myśli wszystkie jego elementy, tj. decydentów, budżet, sposób finansowania, podmioty lecznicze, personel medyczny itd. Potrzebujemy siebie nawzajem, aby nasz powrót do zdrowia był możliwy oraz abyśmy mogli tworzyć bliską więź z innymi, jak najdłużej funkcjonować samodzielnie w możliwie najlepszej sprawności psychofizycznej i mieć wkład w tworzenie naszych lokalnych społeczności, troszczyć się o bliskich i potrzebujących naszej pomocy. W usługach publicznych organizowanych przez państwo zawarta jest troska o osoby w różnego rodzaju kryzysach. Niemniej sama „troska” jest różnie definiowana – co staramy się wykazać poniżej. Ta lub inna definicja przekłada się na rekomendacje ekspertów i decyzje polityczne, w konsekwencji przyjmuje ona konkretną formę w stanowionym prawie. Zwyczajowo troska o dobro pacjentów bywa utożsamiana z tym, co powszechnie określa się mianem „dobrych” i „koniecznych” rozwiązań oraz odpowiednich zapisów prawnych.

W drugiej publikacji Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej chcemy zrozumieć, dlaczego – mimo że wszyscy odwołujemy się do dobra pacjenta (wszak wszystkim chodzi o dobro pacjentów, a oni wciąż stoją w kolejkach, zagubieni w systemie) – dochodzimy do różnych, często wykluczających się modeli opieki, mówimy o odmiennych rozwiązaniach i proponujemy wzajemnie sprzeczne mechanizmy jego realizacji. Obserwujemy ogromną przepaść pomiędzy intencją, planem a wynikiem w ochronie zdrowia. Ta nieznośna przepaść jest wyjaśniana w prosty sposób – poprzez redukcję dysonansu poznawczego lub rozmycie odpowiedzialności. W dyskursie publicznym te uproszczone wyjaśnienia najczęściej sprowadzają się do kilku dominujących narracji: 1) „podmioty lecznicze to złodzieje”, 2) „Narodowy Fundusz Zdrowia to organizacja mafijna – państwo w państwie”, 3) „pacjent nie szanuje tego, co ma, i jest roszczeniowy”. Stopniowo wyłania się jednak inna narracja, która zaczyna dominować w sposób

wyraźny, tj. 4) „nie stać nas”, wraz z towarzyszącym mu twierdzeniem „to nie takie proste”. Jest to o tyle zaskakujące, że polska gospodarka – według jednego ze sposobów jej pomiaru – prześcignęła gospodarkę Szwajcarii (zob. tabelę 1 na s. 24).

Chcielibyśmy zaproponować Czytelnikowi podróż poza „horyzont zdarzeń” uproszczonych narracji. Spróbujemy poszukać głębszego zrozumienia dla tego, co obserwujemy, wykorzystując *tertium comparationis*<sup>2</sup>, którym jest teoria fundamentów moralnych Jonathana Haidta (2024; Atari i in., 2023). Ostatecznie posłuży nam ona do redefinicji usług publicznych w duchu wartości publicznej, opisanej przez Marka Moore’a (1995; 2013)<sup>3</sup>.

## Wszyscy mają dobre intencje, ale niektórzy mają lepsze

Teoria fundamentów moralnych (MFT – *Moral Foundations Theory*) Haidta (2024; Atari i in., 2023) wyjaśnia sposób podejmowania decyzji i szuka przyczyn zachowań ludzi z perspektywy moralnej (tego, co dobre) oraz ewolucyjnej (jak to się stało, że tak myślimy i się zachowujemy). Jonathan Haidt wyjaśnia za jej pomocą spory polityczne

---

<sup>2</sup> *Tertium comparationis* to „trzeci element porównania”, czyli wspólna podstawa lub kryterium, względem którego zestawia się różne obiekty bądź rozwiązania. Jest to próba wyjścia – za pomocą „trzeciego”, „innego” kryterium – poza aktualny spór dwóch stron. Przykłady zastosowania takiego podejścia w praktyce są powszechne i prowadzą do uzgodnionych rozwiązań. Przykładowo: stwierdzenie „ta terapia jest lepsza od tamtej” wymaga doprecyzowania – lepsza pod jakim względem? Skuteczności klinicznej (np. redukcji objawów), efektywności kosztowej (np. ICER/QALY), akceptowalności (np. wskaźnika rezygnacji), bezpieczeństwa czy dostępności przy aktualnych kwalifikacjach specjalistów. Co więcej, jest to wyjście poza prosty dylemat „TA” albo „TAMTA” i zdefiniowanie dobrej terapii w odniesieniu do jasno określonych kryteriów. Odpowiedź może być różna w zależności od przyjętej perspektywy. Analogicznie, w przypadku systemu ochrony zdrowia dylemat „system A działa sprawniej niż system B” wymaga doprecyzowania: sprawniej, czyli jak? Krótszy czas oczekiwania, zachowana (wyższy odsetek) ciągłość opieki, mniej rehospitalizacji, większa satysfakcja pacjentów (PREMs), lepsze wyniki raportowane przez pacjentów (PROMs) itd.

<sup>3</sup> Przyjęta w książce perspektywa teorii fundamentów moralnych Jonathana Haidta oraz koncepcji wartości publicznej Marka Moore’a ma charakter analityczny i heurystyczny. Nie traktujemy jej jako jedynej możliwej teorii moralnej reformy ochrony zdrowia, lecz jako narzędzie porządkowania sporu o wartości, instytucje i rezultaty publiczne. Moralne podstawy organizacji opieki zdrowotnej są szeroko rozwijane w literaturze bioetycznej, m.in. w klasycznej tradycji zasad Beauchampa i Childressa (2013) oraz w polskiej refleksji nad pacjentem w systemie opieki zdrowotnej (Szewczyk, 2009).

i religijne w USA, my natomiast wykorzystamy ją jako *tertium comparationis* do opisu polemiki wokół ochrony zdrowia. Szczególnie posłuży nam do analizy przesłanek w stanowionym prawie, które rodzi się w sporze i w obliczu braku spójności elementów wchodzących w skład trójkąta strategicznego Moore'a: wartości publicznej, legitymizacji politycznej interesariuszy i obligatariuszy w ochronie zdrowia, zdolności organizacyjnych systemu. Mołdach i zespół (2026) pokazali, że fundamenty moralne mogą odgrywać – i odgrywają – ważną rolę *implicite* lub *explicite* w systemie ochrony zdrowia. MFT nie opisuje moralności na kontinuum krzywda – brak krzywdy. Nie jest to koncepcja jednowymiarowa, jedna „uniwersalna” zasada, lecz zestaw intuicji moralnych, wymiarów oceny rzeczywistości i podstawa narracji lub autonarracji. Są to wymiary względnie niezależne, ewolucyjnie ukształtowane, które uruchamiają wielowymiarowe oceny typu „to jest dobre” albo „to jest złe”, zanim jeszcze pojawi się racjonalne uzasadnienie. MFT wyróżnia sześć fundamentów będących podstawowymi wymiarami wrażliwości moralnej (za: Atari i in., 2023):

1. **Troska** odnosi się do ochrony innych przed krzywdą i cierpieniem; w ochronie zdrowia psychicznego widać ją wtedy, gdy Ministerstwo Zdrowia (MZ), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i szpitale układają system tak, by osoba w silnym lęku, psychozie czy z myślami samobójczymi nie „odbijała się” od rejestracji ani nie była odsyłana na odległy termin. Na poziomie instytucji troska to np. decyzja, że centrum zdrowia psychicznego (CZP) musi mieć realnie dostępny zespół wyjazdowy lub punkt kryzysowy, a nie tylko kontakt pozostawiony na stronie internetowej. Dla pacjenta i jego rodziny troska przyjmuje wymiar bardzo konkretny: ktoś odbiera telefon, tłumaczy spokojnie, co się dzieje, proponuje szybki termin lub wizytę domową i traktuje cierpienie danej osoby jak pilny problem zdrowotny.
2. **Równość** dotyczy sprawiedliwości rozumianej jako równe traktowanie i równe szanse; dostęp do pomocy nie zależy wówczas od kodu pocztowego, wykształcenia ani od sprytu pacjenta i jego zdolności do wywalczenia terminu, lecz od rzeczywistej potrzeby zdrowotnej; równość to sytuacja, w której NFZ i MZ tak planują sieć CZP, by mieszkaniec małego miasteczka nie miał mniejszych szans na terapię czy wizytę u specjalisty niż osoba z dużego miasta; równość jest zachowana, gdy pacjent z uzależnieniem, osoba starsza z depresją i nastolatek w kryzysie mogą liczyć na dostęp do wsparcia zgodnie ze standardem leczenia (czas i rodzaj usługi); to także sposób organizacji usług – kto ma większe potrzeby zdrowotne (np. częstsze nawroty, współchorobowość), może dostać więcej koniecznego wsparcia.
3. **Proporcjonalność** polega na przekonaniu, że system powinien odpowiednio nagradzać wysiłek, zasługi lub ponadprzeciętny wkład, natomiast oszustwa oraz „lenistwo” powinny być karane w sposób adekwatny; w systemie ochrony zdrowia psychicznego

oznacza to finansowanie powiązane z wysiłkiem, tj. lepsze sprawowanie opieki nad populacją (przekładające się na mniejszą liczbę hospitalizacji, mniejszy przymus, efektywniejsze funkcjonowanie) oznacza większe środki finansowe, z kolei mniejszy wysiłek skutkuje mniejszą ilością pieniędzy. Z perspektywy pacjenta i jego ubezpieczenia lekarz czy terapeuta, który stara się utrzymać go w zdrowiu i zdolności do pracy, powinien być lepiej wynagradzany niż ten, który nie dba o jego zdrowienie; kwestia liczby świadczeń ma drugorzędne znaczenie dla świadczeniobiorcy (nie istnieje ciągła presja, by „odhaczyć” jak najwięcej wizyt).

4. **Lojalność** porządkuje zobowiązania wobec „swoich” (rodziny, zespołu, wspólnoty), poczucie dumy i zobowiązania z powodu przynależności do określonej grupy; skłania do solidarności wewnątrzgrupowej na zasadzie przywiązania, nie wspólnoty interesu; zdrada jest odczuwana głęboko jako zdrada relacji; w psychiatrii może to przyjmować dobrą formę – gdy zespół szpitala czy CZP staje murem za pacjentem w kontakcie z innymi instytucjami (takimi jak ZUS, szkoła, pracodawca), pomagając mu utrzymać pracę czy mieszkanie w sytuacji kryzysu.
5. **Autorytet** reguluje relacje hierarchiczne, zapewnia szacunek dla prawomocnych instytucji oraz postrzega tradycję jako źródło ładu; w ochronie zdrowia psychicznego oznacza to np. zaufanie do zaleceń lekarza, rozporządzeń ministerstwa czy rekomendacji konsultanta krajowego, które wynikają ze stojących za nimi wartości. Dla pacjenta autorytet psychologa czy psychoterapeuty będzie powiązany z wartościami i mądrością; autorytet lekarza jest czytelny, gdy ten potrafi spokojnie wytłumaczyć decyzję (np. o farmakoterapii czy hospitalizacji), nie zasłania się „procedurami” i podejmuje odpowiedzialność za leczenie.
6. **Czystość** obejmuje intuicje związane z unikaniem skażenia i degradacji (także symbolicznej), często obecne w normach dotyczących ciała, seksualności czy *sacrum*; może to ujawniać się w sposób negatywny, gdy osoby z uzależnieniem, próbami samobójczymi czy „nieakceptowaną” seksualnością są traktowane jak „gorsi” pacjenci, którzy „psują oddział” i „sami są sobie winni”; w sensie pozytywnym jest to dbanie o zachowanie standardów etycznych w postępowaniu personelu medycznego pracującego na oddziale lub w poradni.

Osoby i grupy społeczne mogą „ważyć” te fundamenty inaczej: w jednych kontekstach dominują troska i równość (np. w języku prawoczołwieczym), w innych większą rolę odgrywają lojalność, autorytet i czystość (np. w języku wspólnoty, obowiązku i pewnej tradycji systemowej). Ta różnorodność nie oznacza braku moralności, lecz odmienny „profil wartościowania”, który wpływa na to, jakie argumenty są dla odbiorców

Haidt (2024) w oryginalnym wydaniu swojej książki *Prawy umysł...* z 2012 (tłumaczenie polskie zostało opublikowane w 2024 r.) zdefiniował fundamenty moralne. W niniejszym raporcie korzystamy z nazewnictwa z zdefiniowanych wymiarów podanych w artykule Atari i in. (2023) w tłumaczeniu Mołdacha (2026). Poniższa tabela wskazuje na różnice nazw w tłumaczeniu polskim.

### Teoria fundamentów moralnych: rozwój definicji i nazewnictwa wymiarów/intuicji

	Wymiar 1	Wymiar 2	Wymiar 3	Wymiar 4	Wymiar 5	Wymiar 6
Haidt (2024)	opieka/ krzywda	uczci- wość/ oszustwo	lojalność/ zdrada	autorytet/ bunt	świętość/ profanacja	wolność/ ucisk
Atari i in. (2023) w tłu- maczeniu Mołdacha (2026)	troska – ochrona przed krzywdą	proporcjo- nalność – przeciw- działanie oszustwu	lojalność – przeciw- działanie zdradzie	autorytet – sprzeciw wobec buntu	czystość – odraza, wobec tego, co degraduje	równość – przeciw- działanie dyskrymi- nacji

przekonujące, jakie powstają konflikty wartości oraz dlaczego spory etyczne nie są rozstrzygane poprzez liczby i fakty, ale przez różne zasady moralne zakorzenione w intuicjach.

Naszym zdaniem fundament (zasada/intuicja) troski – ochrony przed krzywdą powinien być rozstrzygający w tworzeniu założeń systemowych w ochronie zdrowia. Celem jest ochrona niepełnoletnich i pełnoletnich przed doznaniem krzywdy. W koncepcji Jonathana Haidta (2024; Atari i in., 2023) fundament troski „narodził się” w opiekuńczej relacji matka – dziecko oraz unikaniu krzywdzenia innych.

W jaki sposób może on być nadrzędny w systemie ochrony zdrowia? Co konkretnie oznacza „dobre”, „moralne” rozwiązanie systemowe? Co powinno być ważniejszym wyznacznikiem dla decydentów: troska o stabilność finansów publicznych czy troska o zdrowienie pacjenta? Dlaczego stajemy przed takim dylematem jako dwudziesta gospodarka świata?

Czy takie dylematy powinny mieć miejsce w Polsce w XXI wieku? Sama zasada efektywności wydatkowania środków publicznych jest dobra. Problem stanowi – na co zwracają uwagę eksperci – definiowanie efektywności w ochronie zdrowia. W wąskim rozumieniu oznacza to uczciwość (proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu w rozumieniu Haidta) w realizowaniu usług, za które płaci NFZ. Fundament poprawności w sensie

**Tabela 1. Wskaźnik PKB w przeliczeniu na miliardy dolarów amerykańskich wg danych Międzynarodowego Funduszu Walutowego, 2025**

Lp.	Kraj	PKB 2025	PKB 2026
1.	USA	\$30 615 743	\$31 821 293
2.	Chiny	\$19 398 577	\$20 650 754
3.	Niemcy	\$5 013 574	\$5 328 184
4.	Japonia	\$4 279 828	\$4 463 634
5.	Indie	\$4 125 213	\$4 505 629
6.	Wielka Brytania	\$3 958 780	\$4 225 639
7.	Francja	\$3 361 557	\$3 558 562
8.	Włochy	\$2 543 677	\$2 701 544
9.	Rosja	\$2 540 656	\$2 509 421
10.	Kanada	\$2 283 599	\$2 420 837
11.	Brazylia	\$2 256 910	\$2 292 690
12.	Hiszpania	\$1 891 371	\$2 041 830
13.	Meksyk	\$1 862 740	\$2 030 999
14.	Korea Południowa	\$1 858 572	\$1 936 617
15.	Australia	\$1 829 508	\$1 948 227
16.	Turcja	\$1 565 471	\$1 576 110
17.	Indonezja	\$1 443 256	\$1 550 236
18.	Holandia	\$1 320 635	\$1 413 076
19.	Arabia Saudyjska	\$1 268 535	\$1 316 250
20.	Polska	\$1 039 619	\$1 109 962
21.	Szwajcaria	\$1 002 666	\$1 074 588

*Adnotacja.* Wartości są podane jako PKB wyrażone w dolarach USA w cenach bieżących danego roku 2025 i projekcji na rok 2026. Dane za [https://data.imf.org/en/Data-Explorer?datasetUrn=IMF.RES:WEO\(9.0.0\)](https://data.imf.org/en/Data-Explorer?datasetUrn=IMF.RES:WEO(9.0.0)) (dostęp: 26.02.2026).

procesualnym jest definiowany przez rozporządzenia Ministra Zdrowia i zarządzenia Prezesa NFZ. Wynika to z założenia, że Prezes NFZ i Minister Zdrowia odpowiadają za stabilność finansową całego systemu. Niemniej w zderzeniu z potrzebami zdrowotnymi – szczególnie po pandemii COVID-19 – staje się to ogromnym wyzwaniem. Dodatkowo sam system odpłatności za usługę (ang. *fee-for-service*) wymaga skomplikowanej kontroli płatności. Kontrola ta nie dotyczy efektów zdrowotnych, bo nie ma narzędzi, czasu, kompetencji czy środków w systemie na monitorowanie tego aspektu.

Pojawia się uzasadniona wątpliwość: czy bardziej troszczyć się o pacjenta czy o finanse publiczne państwa? Przyglądając się działaniom państwa polskiego i jego agend – Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – można skonstatować, że wprowadzane rozwiązania wyraźnie przesuwają ciężar w stronę troski o finanse publiczne. Nie uwzględniając aspektu systemowego, gdzie po zrównoważeniu tych filarów, tj. troski o pacjenta i osiąganego efektu zdrowotnego, dbałość o finanse okazałaby się paradoksalnie bardziej skuteczna. Czy jeden z ważniejszych w tym kontekście aktów prawnych, czyli Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461), zabezpiecza potrzeby zdrowotne nas, pacjentów? Czy ta ustawa jest wyrazem optymalnej troski o nas i nasze potrzeby zdrowotne przy zachowaniu stabilności finansów?

Jesteśmy świadkami coraz wyraźniejszego upadku misji Narodowego Funduszu Zdrowia, która została wyrażona *explicite* w Strategii Płatnika na lata 2019–2023<sup>4</sup>:

---

Działając w imieniu i na rzecz Pacjentów, Narodowy Fundusz Zdrowia wspólnie ze Świadczeniodawcami dba o zdrowie obywateli zarówno poprzez działania profilaktyczne, jak też należyłą jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej oraz efektywne gospodarowanie środkami publicznymi.

---

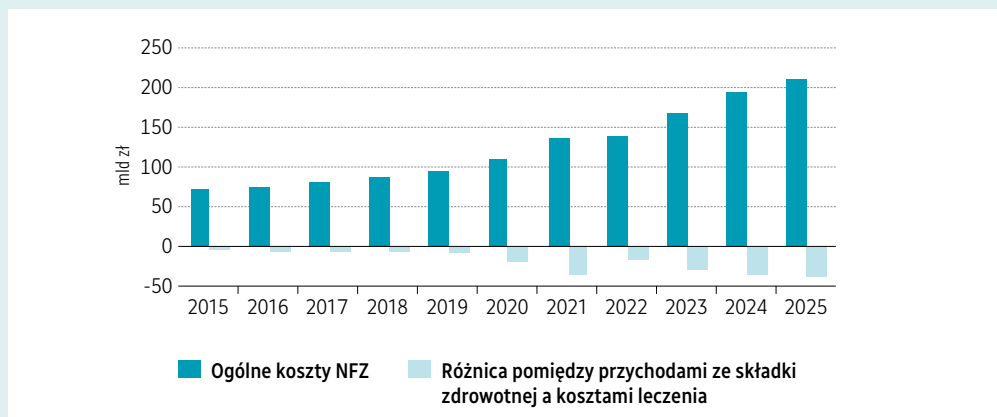
Jeśli pominąć deklarowaną współpracę z podmiotami leczniczymi – aspekt trudny w realizacji, ale wygodny w zarządzaniu według zasady „dziel i rządź” – to kluczowy dylemat wpisany w misję Funduszu pozostaje niezmienny. Kolejne rządy starają się likwidować rozdzwitek między „jakością i dostępnością” a „efektywnym gospodarowaniem środkami publicznymi”, udzielając kolejnych dotacji. Z roku na rok NFZ wymaga dodatkowych środków na pokrycie kosztów leczenia, ponieważ sama składka zdrowotna jest niewystarczająca. Dlatego wśród decydentów i ekspertów z taką jaskrawością rysują się dwa odrębne stanowiska wyrastające z różnych fundamentów moralnych: ochrony przed niepotrzebnym, możliwym do uniknięcia cierpieniem chorujących (troska) oraz przeciwdziałaniu oszustwu, nadużywaniu środków publicznych (proporcjonalność).

Jedna strona tego dylematu, czyli „efektywne gospodarowanie środkami publicznymi”, przeważa na wielu poziomach: przychodów, efektywności finansowej wydatków, nakładów związanych z efektem zdrowotnym, kontroli czy rozumienia celu wydatków na zdrowie. Strategia proporcjonalności realizowana jest przez Płatnika m.in. na drodze

---

<sup>4</sup> <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/narodowy-fundusz-zdrowia-ze-strategia-rozwoju,7327.html>

### Rysunek 1. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie leczenia i opieki medycznej



*Adnotacja.* Dane ze sprawozdań finansowych NFZ: <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 26.02.2026).

horyzontalnej praktyki zarządzania związanej z odpowiednim wysyceniem umów sprawozdawanymi produktami statystycznymi, określaną przez część urzędników mianem „użytkowania kontraktów”.

Gdyby spór o kształt ochrony zdrowia pozostawał w murach akademickich, raportach i artykułach publicystycznych, to dla Jana Kowalskiego lub Anny Nowak byłby nieistotny. Niemniej ma on wpływ na kształt opieki zdrowotnej w Polsce i podejmowane lub niepodejmowane (a konieczne) decyzje przez rządzących. Jan Kowalski czy Anna Nowak nie rozumie tego sporu, a konsekwencje odczuwamy wszyscy i odczują je nasze dzieci. Jest to więc sprawa tego, jaki system ochrony zdrowia zostawimy dla przyszłych pokoleń – czy będzie on coraz „lepiej” w osiągnięciu efektów zdrowotnych dla milionów naszych obywateli, czy wręcz przeciwnie. Co możemy zrobić, aby wyjść poza dyskusję o rosnących nakładach w ochronie zdrowia i nieustannych brakach? Jaki jest cel i sens wysiłku naszego państwa w ochronie zdrowia? Czy aktualne nakłady są w stanie – przy uszczelnianiu systemu w ramach zasad proporcjonalności i równości – zabezpieczyć potrzeby zdrowotne obywateli?

Polska może wyjść poza dylemat „realna ochrona przed cierpieniem lub niezbędne oszczędności”, zachowując potencjał związany z realizacją potrzeb zdrowotnych obywateli. Wymaga to przyjęcia, że troska jako przeciwdziałanie krzywdzie leży u podstaw altruizmu, motywacji do ochrony przed cierpieniem i promowania dobrobytu w skali

Tabela 2. Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w relacji do liczby mieszkańców, 2025

ROK	Wykonanie w tys. zł	w % PKB roku N-2 (a)	w % PKB roku N (b)	Per capita w zł (c)	Przyrost per capita r/r w %	Przyrost per capita od 2016
2016	80 941 181	4,68	4,34	2 106		
2017	87 584 176	4,89	4,40	2 279	8,21%	8,21%
2018	93 538 330	5,05	4,41	2 435	6,85%	15,62%
2019	102 617 481	5,18	4,47	2 674	9,82%	26,97%
2020	116 306 568	5,50	5,00	3 054	14,21%	45,01%
2021	141 318 383	6,22	5,39	3 728	22,07%	77,02%
2022	151 032 578	6,50	4,91	3 999	7,27%	89,89%
2023	184 824 215	7,05	5,36	4 911	22,81%	133,19%
2024	210 649 846	6,85	5,79	5 619	14,42%	166,81%

*Adnotacja.* Opracowano na podstawie danych BDL GUS i danych tematycznych. Wydatki na zdrowie są opracowane zgodnie z art. 131c ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (a) – zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; (b) – w odniesieniu do aktualnych wartości PKB; (c) – w odniesieniu do liczby ludności w danym roku na dzień 31 grudnia danego roku wg GUS. Dane o wydatkach na zdrowie: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2022-2024,27,5.html> (dostęp: 26.02.2026).

społecznej. **Jest to fundament rozstrzygający w ocenie dobrych rozwiązań w systemie zdrowotnym – w sposób bezwarunkowy.** W polityce rozumianej jako dbanie o dobro wspólne partie lewicowe mogą silniej akcentować troskę i równość, widząc w nich podstawę dla uniwersalnej opieki zdrowotnej (UHC – *Universal Health Coverage*), podczas gdy partie neoliberalne będą kłaść większy nacisk na fundamenty proporcjonalności i równości. Z perspektywy Haidta (2024) obie strony sceny politycznej postulują dobre – w sensie moralnym – rozwiązania. Problemem jest zdefiniowanie efektów zdrowotnych oraz rzetelny i trafny sposób ich monitorowania. Dane z systemu ochrony zdrowia powinny być podstawą dla wprowadzania koniecznych i niezbędnych korekt. Niestety, w dostępnych danych nie ma wskaźników wynikających z troski, są natomiast wskaźniki mierzące proporcjonalność. Pewną próbą systemowego wprowadzenia wskaźników mierzących troskę – jest to radykalna zmiana paradygmatu w ochronie zdrowia – są losy

rządowego projektu<sup>5</sup>, a potem poselskiego projektu Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)<sup>6</sup>. Spór wokół niej i jej implementacji jest sporem o ważność jednego z wielu fundamentów moralnych w ocenie systemu, przy czym pomijamy naturalny opór związany ze zmianą czy brak pełnych zdolności technicznych do jej wdrożenia.

Wraz z problemami związanymi z gospodarowaniem niewystarczającymi środkami publicznymi padają propozycje warunkujące fundament troski przez fundament proporcjonalności. Często pojawia się on w dyskusji o wprowadzeniu częściowej odpłatności za koszty leczenia np. pijanych sprawców wypadków czy niezaszczepionych mieszkańców (por. Matthews i in., 2017; Mołdach, 2026). Empatia nakazuje pomoc, uczciwość – sankcje i pytanie o proporcjonalność wsparcia (dlaczego mamy ponosić koszty świadomych „złych” decyzji współobywateli). Pokusa, by w ramach sprawiedliwości społecznej karać nietrzeźwych sprawców wypadków samochodowych poprzez zwrot kosztów leczenia, jest właśnie rozstrzygnięciem z perspektywy fundamentu proporcjonalności. Innym przykładem mającym znaczenie w pojawiających się dyskusjach były obostrzenia w czasie pandemii. Z perspektywy decydentów u podłoża wdrażanych rozwiązań – oprócz troski – był także istotny fundament autorytetu. Całkowite „zamknięcie” społeczne i maseczki przedstawiono jako skuteczną obronę przed rozpowszechnianiem się pandemii COVID-19. Niemniej poczucie wolności, a także bunt przeciw restrykcjom zmniejszały motywację do ich przestrzegania (Pizza i in., 2023).

Wydaje się, że w ochronie zdrowia psychicznego jest więcej dylematów, a intuicje moralne angażują emocjonalnie różne strony organizacji systemu. Szczególnie widać to przy stosowaniu przymusu bezpośredniego – częściej używanego w psychiatrii niż innych zakresach medycyny – polegającego na unieruchomieniu pasami bezpieczeństwa czy leczeniu bez zgody w szpitalu psychiatrycznym. W tych sytuacjach dochodzi do wielowymiarowej konkurencji pomiędzy fundamentami, w tym do dramatycznego konfliktu na poziomie fundamentów troski (ochrona samego pacjenta i innych), czystości („świętość życia”) oraz autorytetu (lekarze i np. art. 22, 23, 24 czy 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 2024 poz. 917). nierozwiązywane przez decydentów konflikty na poziomie wartości mogą osłabiać pierwszy z wymienionych fundamentów. Ponadto rozwiązania prawne i finansowe prowadzące do jego osłabienia nie powinny być akceptowane. Fundament troski nie jest „miękką” alternatywą dla

<sup>5</sup> <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=9EE9980A5E65A61EC125892600496950>

<sup>6</sup> <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3260>

„twardej” sprawiedliwości. Proporcjonalność odgrywa rolę konstytutywną w innym sektorze działania państwa – wymiarze sprawiedliwości. Troska powinna być wartością nadrzędną w działaniu współczesnych instytucji państwa w obszarze ochrony zdrowia psychicznego czy usług społecznych realizowanych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

## **Dobro pacjenta najwyższym dobrem, ale...**

Na poziomie deklaratywnym wrażliwość na krzywdę i troska wobec cierpiących pacjentów psychiatrycznych jest szeroko podzielana, stanowi hasło wznoszone na sztandar każdej wypowiedzi publicznej. Na poziomie wykonawczym jest jednak inaczej – ten fundament nie ma waloru rozstrzygania, nie można go uznać za podstawową wytyczną w legislacji. Partie polityczne, legislatorzy czy urzędnicy, opracowując zapisy prawne, mogą tworzyć rozdźwięk pomiędzy „deklaracją” a „działaniem”. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461) oraz tworzone na jej podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.)<sup>7</sup>, a w konsekwencji zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (13/2026/DSOZ)<sup>8</sup> są wyrazem proporcjonalności – przeciwdziałaniu oszustwu. Natomiast troska – ochrona przed krzywdą – pozostaje w tle. Poza tym w ramach prawnej i technicznej organizacji opieki psychiatrycznej nie wdraża się współczesnych modeli leczenia, w tym efektywności finansowej, oraz nie nadąża się za przyrostem wiedzy medycznej na wielu poziomach. Dowodem na to są kolejne zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – od 2009 kolejne nowelizacje pozostają z tyłu w stosunku do zmian w leczeniu dorosłych, dzieci i młodzieży, np. terapii wielorodzinnych czy sesji wsparcia asystenta zdrowienia. Uzasadnienia nowelizacji aktów prawnych wskazują pośrednio lub bezpośrednio na dobro pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Niemniej rozdźwięk pomiędzy intencją oraz wynikiem tak zorganizowanej opieki uwidacznia, że Ustawodawca i Regulator miał na myśli inne cele niż pozostali użytkownicy systemu. Wynika to z tego, że różne fundamenty moralne stoją za rozstrzygnięciami i propozycjami tego, co jest „dobre” dla pacjenta lub systemu z perspektywy różnych jego elementów. Za uwagami strony społecznej wnoszonymi w ramach konsultacji publicznych proponowanych aktów normatywnych stoi inny fundament moralny i nie zawsze jest to troska.

<sup>7</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

<sup>8</sup> <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43765/>

Przykładem są konsultacje publiczne nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wprowadzono w nim możliwość leczenia dziennego dzieci bez konieczności zapewnienia obowiązku szkolnego/edukacyjnego na podstawie jednego postulatu zgłoszonego i opublikowanego w trakcie konsultacji społecznych rozporządzenia<sup>9</sup>.

Dysfunkcja polskiego systemu ochrony zdrowia psychicznego wynika z głębokiego pęknięcia semantycznego: **troska moralna** odczuwana przez człowieka na widok cierpienia drugiej osoby stała się pojęciem rozłącznym z **troską instytucjonalną** zapisaną w ustawach, rozporządzeniach i zarządzeniach. Państwo przez swoje instytucje w warstwie deklaratywnej obiecuje opiekę najsłabszym. Jednak jego architektura wykonawcza – oparta na biurokratycznej interpretacji fundamentów równości i proporcjonalności – została zaprojektowana w taki sposób, który może skutkować przewidywalną krzywdą. To nie abstrakcyjne „rozwiązania legislacyjne” są sprawcą tego cierpienia, lecz konkretne mechanizmy wyceny i kontraktowania narzucone przez Płatnika w kontekście opieki psychiatrycznej. W recepcji społecznej jest to odbierane jako przedkładanie poprawności tabelarycznej nad bezpieczeństwo pacjenta i efekty zdrowotne, które prowadzi do wyższości formalnej strony realizacji świadczenia nad prawem do zdrowienia w ramach środków publicznych. Poprawność harmonogramów, sprawozdawanych produktów statystycznych staje się jednym z głównych zobowiązań i nieproporcjonalnie czasochłonnym wysiłkiem podejmowanym przez podmioty lecznicze i urzędników oddziałów wojewódzkich NFZ.

Próba wyjścia z instytucjonalnej krzywdy oraz ograniczenia niepotrzebnego cierpienia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi były kolejne edycje Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (od 2010 r. to już trzecia edycja). W jego ramach – po klęsce pierwszej edycji – wprowadzono pilotaż centrów zdrowia psychicznego. To jeden z najbardziej ambitnych programów zdrowotnych, dający wiele szans na rozwiązywanie problemów, w tym związanych z instytucjonalną dyskryminacją psychiatrii i systemową luką pomiędzy nakładami a potrzebami zdrowotnymi obywateli. Jednym z wyraźnych przejawów instytucjonalnej dyskryminacji psychiatrii w polskim systemie ochrony zdrowia jest sposób jej traktowania na poziomie organizacyjnym i finansowym. Problem ten nie sprowadza się do jednostkowych zaniedbań, lecz ma charakter systemowy i utrwalony w mechanizmach kontraktowania świadczeń. Szczególnie jaskrawym przykładem jest brak aktualnie odrębnego finansowania transportu międzyszpitalnego pacjentów psychiatrycznych. W przeciwieństwie do wielu zakresów leczenia somatycznego, gdzie

<sup>9</sup> <https://legislacja.gov.pl/projekt/12386055/katalog/13063423#13063423>

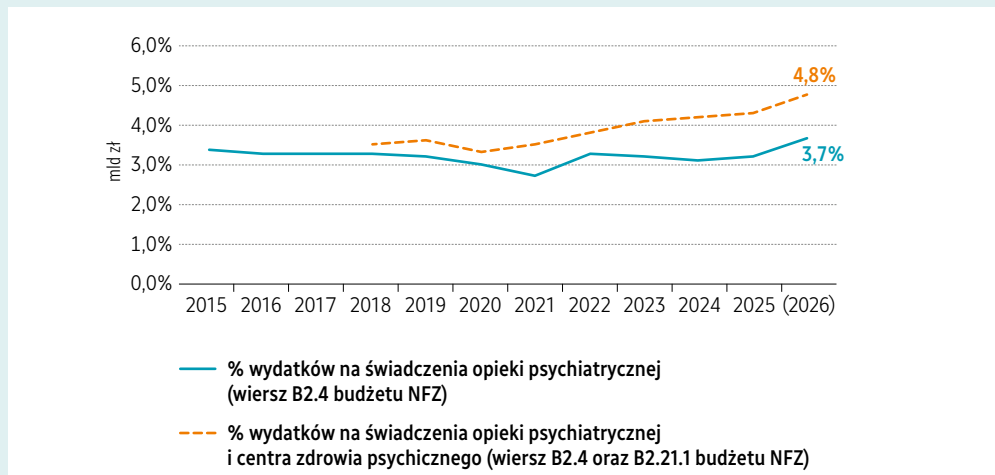
transport – zwłaszcza w trybie pilnym lub specjalistycznym – stanowi osobno rozliczane świadczenie, w psychiatrii koszty te obciążają szpitale przyjmujące pacjenta. Skutkuje to realnym ograniczeniem dostępności przekazów międzyszpitalnych, opóźnianiem transferów oraz przetrzucaniem odpowiedzialności finansowej na placówki psychiatryczne. W praktyce oznacza to nierówne traktowanie pacjentów psychiatrycznych w porównaniu z pacjentami somatycznymi mimo porównywalnego poziomu pilności i ryzyka klinicznego, co wynika bezpośrednio z zasad finansowania stosowanych przez NFZ.

Drugim obszarem dyskryminacji jest chroniczne niedoszacowanie taryf świadczeń psychiatrycznych. Stawki za hospitalizację i opiekę całodobową nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów funkcjonowania oddziałów. Dotyczy to kosztów personelu medycznego, zabezpieczeń technicznych oraz zwiększonych wymogów bezpieczeństwa wynikających ze specyfiki leczenia psychiatrycznego. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi często chorują na choroby somatyczne (wymagające diagnostyki i leczenia schorzeń współistniejących). Przy płatności metodą „osobodnia” każda dodatkowo wykonywana procedura diagnostyczna czy koszty związane z leczeniem chorób współistniejących obciążają budżet podmiotu leczniczego bez realnego odzwierciedlenia w wycenach hospitalizacji. W efekcie oddziały psychiatryczne w większym stopniu niż inne dziedziny medycyny funkcjonują w warunkach trwałego deficytu finansowego, co przekłada się na pogorszenie warunków leczenia, braki kadrowe oraz narastające zadłużenie placówek.

Trzecim przejawem instytucjonalnej marginalizacji psychiatrii jest jej słaba pozycja w długofalowym planowaniu systemu ochrony zdrowia<sup>10</sup>. W procesach inwestycyjnych, modernizacyjnych i strategicznych psychiatria bywa traktowana jako element drugoplanowy, często nieuwzględniany w projektach nowych szpitali, izb przyjęć czy systemów ratunkowych. Reformy opieki psychiatrycznej są wdrażane fragmentarycznie i bez stabilnego zabezpieczenia finansowego, co utrudnia ich rzeczywistą realizację. Odpowiedzialność za ten stan rzeczy ponosi w znacznej mierze polityka zdrowotna prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia, w której psychiatria wciąż nie jest – mimo deklaracji – traktowana na równi z innymi dziedzinami medycyny.

---

<sup>10</sup> W tym sensie wyjątkiem jest – niespotykana do tej pory – inwestycja z KPO i programu FEnIKS dla podmiotów leczniczych działających w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, np. konkurs FM.SIS.03.PSYCH.2024

**Rysunek 2. Wydatki na opiekę psychiatryczną w latach 2015–2026 jako % budżetu NFZ**

*Adnotacja.* Wiersz B2.4 z bilansu NFZ (planu na 2026) oznacza wydatki na całą opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w ramach modelu *fee-for-service* (opieka usługowa). Wiersz B2.21.1 to wydatki NFZ na pilotaż CZP w ramach budżetu populacyjnego (budżet przeliczony wg stawki *per capita* – do 1 lipca 2025 wynosi ona około 165 zł – wg rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2025 poz. 1626).

Opisane mechanizmy pokazują, że dyskryminacja psychiatrii ma charakter strukturalny: jest wpisana w sposób finansowania, organizacji i planowania systemu. Jej konsekwencje ponoszą zarówno pacjenci, jak i personel medyczny (por. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, 2025), a w szerszej perspektywie – cały system ochrony zdrowia.

Dopiero od 2018 r. systematycznie i odczuwalnie zwiększa się budżet na leczenie psychiatryczne – dzieje się to dzięki centrach zdrowia psychicznego. Niemniej identyfikowalna luka w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych nadal istnieje (por. Kiejna i in., 2015; Moskalewicz i in., 2012).

Testowanie modelu opieki środowiskowej w ciągu ośmiu lat dostarczyło ogromnej wiedzy, pozwoliło zidentyfikować ryzyka pod kątem zdrowienia i optymalnej organizacji świadczeń. Aktualnie pilotaż nie pokaże niczego więcej, tym bardziej że wiedzy pewnej jako państwo już mieć nie będziemy, ponieważ nie został przygotowany odpowiedni model

ewaluacji programu zdrowotnego<sup>11</sup>. Jest to poważne zaniedbanie instytucji odpowiedzialnych za ewaluację tego typu programów – nie ma pomiaru wskaźników opartych na trosce, wiedzy naukowej, rekomendacjach światowych lub Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jest to niezwykle smutne, ponieważ straciliśmy szansę na wiedzę o wynikach pilotażowego programu zdrowia psychicznego za ponad 8,5 mld zł.

Ponadto pilotaż stał się *de facto* transformacją opieki psychiatrycznej, która dzieje się bez stałego wsparcia decydentów, z krótkimi okresami politycznej legitymizacji. Po zamknięciu Biura ds. Pilotażu w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na początku 2024 r. Ministerstwo Zdrowia nie było w stanie przejąć zarządzania programem w sposób efektywny. Nie powstał skuteczny mechanizm stałego nadzoru, monitorowania ani systemowego wsparcia dla funkcjonujących CZP, który prowadziłby skuteczne mediacje pomiędzy różnymi podmiotami czy grupami, niekoniernie uznającymi te same intuicje moralne za rozstrzygające w pilotażu centrum zdrowia psychicznego. Nieodzowne jest rozstrzygnięcie roli i budżetów sieci szpitali psychiatrycznych w transformacji systemu. W wielu krajach znacząca część budżetów na zdrowie psychiczne kierowana jest do szpitali psychiatrycznych. W 2024 było to 64% nakładów na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. W Polsce udało się odwrócić te proporcje w Małopolsce, gdzie 37% środków oddziału wojewódzkiego NFZ jest wydawane na leczenie ogólnopsychiatryczne na oddziałach szpitalnych. Szpitale

<sup>11</sup> Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydała rekomendacje wraz z kartą oceny do programów pilotażowych w lutym 2024 r. Niemniej wiedza, jak je ewaluować, była dostępna przed 2018 rokiem. Więcej: <https://www.aotm.gov.pl/wytyczne-oceny-technologiei-medycznych/wytyczne-do-programow-pilotazowych/>



**Lekarz z pacjentami**

fot. Narodowe Archiwum  
Cyfrowe

psychiatryczne w tym województwie – tak wynika z analiz dostępnych rejestrów umów z NFZ – zwiększyły swoje przychody, a także rozwinęły ofertę, włączając się w działania przewidziane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Istnieje duże ryzyko, iż bez silnego wsparcia transformacji opieki psychiatrycznej w Polsce zostanie zaprzepaszczone to, co już wypracowano np. w Małopolsce.

Poważnym problemem w pilotażu centrum zdrowia psychicznego jest także brak uzgodnienia wartości publicznej. Jaki kształt ma mieć ostatecznie opieka psychiatryczna, w tym model opieki środowiskowej, po zakończeniu etapu testowego? Naszym zdaniem deficyt porozumienia w tym zakresie był głównym powodem przedłużania się prac nad projektem. Oceny pilotażu formułowane przez Płatnika, oparte na fundamencie moralnym proporcjonalności – przeciwdziałaniu oszustwu, nie muszą i nie powinny być rozstrzygające, choć ich obecność przy tworzeniu rozwiązań docelowych jest pożądana. W tym tonie – bez uwzględnienia troski – pozostają kontrole NIK, będące emanacją oderwania troski instytucjonalnej od moralnej. Pomijanie efektów zdrowotnych w „starym” i „testowanym” modelu opieki – z powodu braku pomysłu na ich mierzenie – nie „uleczy” systemu ochrony zdrowia. Dotychczasowe wyniki kontroli nie prowadziły do rzeczywistej naprawy mechanizmów czy procesów państwa w tym obszarze. Zamiast tego w recepcji podmiotów kontrolowanych i części środowiska związanego z reformą były odbierane jako kolejny przejaw siły państwa, nieproporcjonalność w formułowaniu zarzutów i brak zrozumienia ze strony NIK dla trwającego pilotażu.

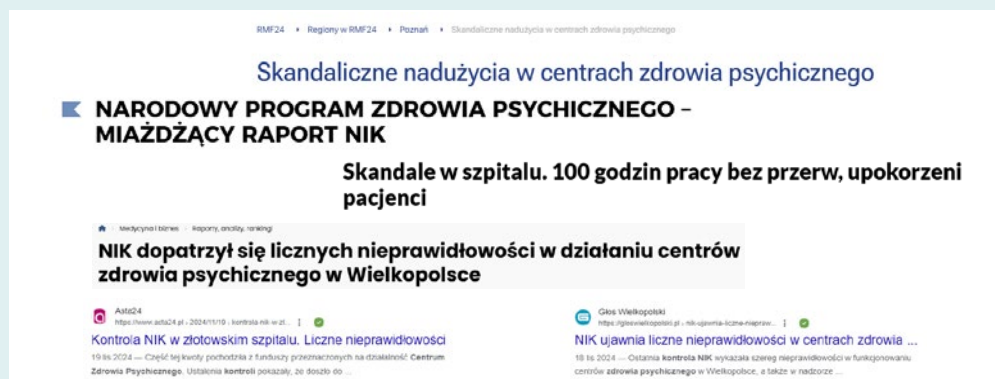
Kontrola NIK (2024) aktywowała lęk lub fundament moralny lojalności. Raporty pokontrolne dowodzą zupełnie innej skali problemów – niewykraczających poza rutynowe kontrole w podmiotach leczniczych. Co więcej, pokazują jeden bardzo ważny aspekt



**Młoda matka-migrantka z sześciotygodniowym dzieckiem urodzonym w szpitalu dzięki pomocy medycznej i stowarzyszeniu dla pracowników migrujących, Farm Security Administration (FSA). Kalifornia, 1939 r.**

fot. Dorothea Lange (Biblioteka Kongresu USA)

**Rysunek 3. Leady ze stron internetowych mass mediów powielane za raportem NIK o centrach zdrowia psychicznego w województwie wielkopolskim**



systemu – **szczegółowa kontrola wydatków związana z leczeniem pacjentów w centrach zdrowia psychicznego** (proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu) pomija troskę i efekty na poziomie populacji czy pacjentów.

Wyniki kontroli wskazują na nieprawidłowości zarówno po stronie oddziału wojewódzkiego NFZ, jak i części realizatorów pilotażu CZP. Po stronie OW NFZ kluczowym problemem było:

- przyjęcie błędnej interpretacji zasad rozliczania środków,
- **brak zapewnienia realnej kontroli nad podwykonawcami** (co stało się głównym wątkiem publikacji „Rzeczpospolitej” z 17 grudnia 2025 r.<sup>12</sup>),
- niedostateczne przygotowanie organizacyjne i kompetencyjne osób obsługujących pilotaż.

Po stronie podmiotów leczniczych stwierdzono:

- nieprawidłowości finansowe na poziomie 0,24% budżetu CZP 1 i 0,64% budżetu CZP 2,
- niezgodności w dostępności i organizacji pracy lekarzy w jednym z CZP oraz uchybienia w stosowaniu i dokumentowaniu przymusu bezpośredniego w szpitalu,
- problemy ze zgodnością organizacji oddziału dziennego z wymaganiami kontraktu oraz braki lokalowe.

<sup>12</sup> <https://www.rp.pl/ochrona-zdrowia/art43451921-zloty-biznes-na-pilotazu-w-psychiatrii-sledztwo-rzeczpospolitej-o-naduzyciach-w-czp>

Całościowo ustalenia kontroli przemawiają za doprecyzowaniem i konsekwentnym egzekwowaniem zasad rozliczeń lub ich zmiany, jeżeli nie są właściwe, wzmocnieniem nadzoru i kompetencji po stronie Płatnika (oddział wojewódzki NFZ) oraz uszczelnieniem standardów organizacyjnych, kadrowych i sprawozdawczych po stronie realizatorów pilotażu centrum zdrowia psychicznego. Powinno to służyć ograniczeniu ryzyka dla jakości, bezpieczeństwa pacjentów i efektywności wykorzystania środków publicznych. Kontrola NIK nie oceniała efektów zdrowotnych czy działań opartych na fundamencie troski – ochrony przed zbędnym cierpieniem pacjentów. Do dziś w ramach regulacji prawnych nie wdrożono żadnych przepisów pokontrolnych, które by zwiększały jakość i bezpieczeństwo pacjentów z zaburzeniami psychicznymi lub były właśnie odzwierciedleniem troski – ochrony przed krzywdzeniem.

Wystąpienie pokontrolne nie zostało wykorzystane – mimo istnienia takiej możliwości – jako narzędzie służące poprawie jakości udzielanych świadczeń ani usprawnienia sposobu realizacji i ewaluacji pilotażu. Prezentacja raportu Najwyższej Izby Kontroli podczas posiedzenia Rady ds. Zdrowia Psychicznego w dniu 9 grudnia 2024 r. nie doprowadziła do rozwiązania identyfikowanych wcześniej problemów, a w odbiorze części członków Rady była postrzegana jako element toczącego się sporu wokół programu pilotażowego. Interpretowano ją jako przejaw „przemocy instytucjonalnej państwa”, nagonki medialnej (por. rysunek 3) oraz nieadekwatnej prezentacji założeń i efektów pilotażu. Propozycja zaproszenia przedstawicieli kontrolowanych podmiotów leczniczych realizujących centra zdrowia psychicznego oraz przedstawicieli wielkopolskiego oddziału wojewódzkiego NFZ nie uzyskała akceptacji. Brak otwartej debaty ograniczył możliwość wyjścia poza ramy konfliktu i skoncentrowania się na poszukiwaniu rozwiązań systemowych, wykraczających poza narrację dotyczącą nieprawidłowości i fundamentu proporcjonalności – przeciwdziałaniu oszustwu. W konsekwencji nie podjęto pogłębionej analizy wyników z perspektywy fundamentu troski – ochrony przed krzywdą, mimo że dostępne dane wskazywały na korzystne zmiany w populacjach objętych pilotażem w województwie wielkopolskim (tabela 3).

Nie odniesiono się także do innych kontroli centrum zdrowia psychicznego (Najwyższa Izba Kontroli, 2021), które nie miały żadnych uwag do funkcjonowania i realizacji tego programu przez podmiot leczniczy. Pomija się wcześniejsze kontrole NIK i raport o stanie dyżurów w ramach opieki psychiatrycznej Porozumienia Rezydentów OZZL (Goncerz i in., 2025), które pokazują bardzo niepokojące zjawisko – obniżanie jakości i systemową dyskryminację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, mające miejsce na poziomie organizacji świadczeń, postaw i wysokości finansowania.

**Tabela 3. Wyniki wskaźników liczone na 100 000 mieszkańców prezentowane w trakcie posiedzenia Rady ds. Zdrowia Psychicznego w dniu 9 grudnia 2024 r.**

Wybrane wskaźniki „dobroci”	Obszar pilotażu CZP 1	Obszar pilotażu CZP2	Wielkopolska ogółem	Wielkopolska FFS
Rozpowszechnienie leczenia	5 625	5 158	5 098	4 726
Liczba hospitalizacji	413	316	416	427
Liczba mieszkańców hospitalizowanych	318	257	334	337
Długość hospitalizacji (mediana)	36	25	33	33
Liczba rehospitalizacji w ciągu roku	105	107	188	194
Przeciętna liczba rehospitalizacji w ciągu miesiąca (mediana)	81	35	70	67
Liczba mieszkańców zaopiekowanych w trybie ambulatoryjnym	3 810	3 797	3 407	2 222
Liczba usług ambulatoryjnych	21 822	16 062	16 706	3 332
Liczba mieszkańców zaopiekowanych w trybie dziennym	60	50	23	19
Liczba mieszkańców zaopiekowanych w środowisku (min. 1 wizyta w domu)	412	201	22	17
Liczba wizyt domowych	3 839	2 012	144	117

*Adnotacja.* Wyniki przeliczone na 100 000 pełnoletnich mieszkańców na podstawie danych z Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia (DAiS MZ) – stan na 31 grudnia 2023 r. CZP 1 – wskaźniki obliczone dla obszaru pilotażu centrum zdrowia psychicznego (typ B) w Wielkopolsce – usługi finansowane w ramach budżetu populacyjnego (ryczałt); CZP 2 – wskaźniki obliczone dla obszaru pilotażu centrum zdrowia psychicznego (typ A) w Wielkopolsce – usługi finansowane w ramach budżetu populacyjnego (ryczałt). Dla porównania pokazano wskaźnik dla całego województwa uwzględniające stary model finansowania w psychiatrii (odpłatność za usługę/ *fee-for-service*) i pilotaż oraz dla samego obszaru województwa, w którym funkcjonują wyłącznie podmioty w ramach finansowania odpłatności za usługę (*fee-for-service*).

## Instytucjonalna krzywda pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

Instytucjonalna krzywda w psychiatrii nie jest sumą nieszczęśliwych wypadków czy jednostkowych błędów w sztuce lekarskiej. Jest ona **strukturalna** – od rozporządzeń Ministra Zdrowia po zarządzenia Prezesa NFZ. Pasy magnetyczne stają się protezą braku personelu, a prawo – narzędziem opresji wobec pacjenta psychiatrycznego, którego głos jest systemowo niesłyszalny. Co więcej, przepisy pozwalają ustalać dyżury dwóch lub trzech lekarzy w szpitalach psychiatrycznych, w efekcie czego np. w święta czy w piątki, soboty i niedziele pod opieką jednego lekarza pozostaje trzystu lub więcej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w różnym stanie somatycznym, a to doprowadza do braku realnego wsparcia lekarskiego przez nawet kilka dni (Goncercz i in., 2025). Takie sytuacje są niedopuszczalne – prawnie i praktycznie – w medycynie somatycznej.

---

Kiedy państwo legitymizuje przymus bezpośredni jako standardową procedurę medyczną, a jednocześnie poprzez niedoszacowanie wycen limituje zasoby kadrowe niezbędne do stosowania metod alternatywnych, *de facto* sankcjonuje przemoc.

---

Pierwszym obszarem krzywdzenia pacjentów są działania przymusowe, zwłaszcza izolacja i unieruchomienie. Istnieje wiele dowodów mówiących o tym, że niedostateczna liczba personelu na oddziale psychiatrycznym jest powiązana z częstszym stosowaniem procedur przymusu (Belayneh i in., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2015; O'Malley i in., 2007; Tuitou-Burckard i in., 2025; Woodnutt i in., 2025;

**Tabela 4. Liczba procedur stosowania przymusu oraz liczba pacjentów, u których stosowano tę procedurę**

Rok	2023		2024 (I–VI)	
Liczba zastosowanych przymusów	23 028		10 922	
	Dorośli	Dzieci	Dorośli	Dzieci
Oddział ogólnopsychiatryczny	10 694	2 565	8 158	1 333
Oddział psychiatrii sądowej	564	549	389	384
Oddział detoksykacyjny	861		658	

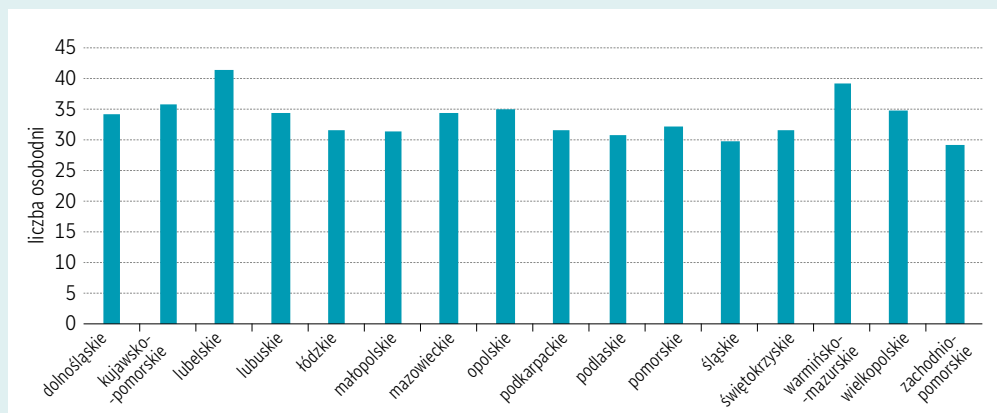
*Adnotacja.* Główną procedurą stosowaną jako przymus w szpitalach psychiatrycznych było unieruchomienie, które w praktyce najczęściej ma miejsce na sali wieloosobowej. Dane były prezentowane przez przedstawiciela Rzecznika Praw Pacjenta w trakcie posiedzenia podkomisji stałej ds. zdrowia psychicznego w Sejmie w dniu 7 września 2024 r. Zapis z prac podkomisji: <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/biuletyn.xsp?sknrn=ZDR02S-7> (dostęp: 26.02.2026).

Yurtbasi i in., 2023). Pomimo tej wiedzy Regulator wprowadza wycenę świadczeń i dopuszcza liczbę personelu, która będzie „gwarantem” częstego stosowania przymusu. Pacjenci są poddawani najbardziej inwazyjnym i traumatycznym procedurom nie ze złej woli specjalistów czy zarządzających, ale z powodu prawa i wyceny świadczeń gwarantowanych w opiece psychiatrycznej, które prowadzą do ograniczenia realizacji fundamentu moralnego troski jako rozstrzygającego w stanowieniu aktów normatywnych regulujących opiekę psychiatryczną.

Bilans tych interwencji jest obciążony znaczącymi kosztami zdrowotnymi i psychospołecznymi. W opisie skutków tej procedury Rzecznik Praw Pacjenta podkreśla systemowe naruszenia praw pacjenta psychiatrycznego w tym obszarze<sup>13</sup>. Bez względu na kulturę i kraj stosowanie tych procedur wiąże się z działaniami niepożądanymi, tj. szkodami fizycznymi, negatywnymi następstwami psychicznymi, doświadczeniami o charakterze traumatyzującym, długotrwałym pogorszeniem zaufania do personelu oraz systemu ochrony zdrowia (Belayneh i in., 2024; Chieze i in., 2019; Chong i in., 2024; McGinty i in., 2024; Sugiura i in., 2020). Nie są to zjawiska sprzed dekad – mają one miejsce w polskich szpitalach psychiatrycznych w 2026 r. Równolegle utrzymuje się ryzyko ciężkich urazów i zdarzeń śmiertelnych w kontekście środków przymusu, co wskazuje na istotną lukę w monitorowaniu bezpieczeństwa (Kersting i in., 2019).

Współczesne standardy opieki psychiatrycznej pozostają dalekie od paradygmatu „opanowania i kontroli” (de Cuyper i in., 2023; Dike i in., 2021; Gerdtz i in., 2020; Kaur i McNamara, 2025; Oostermeijer i in., 2021; Zaami i in., 2020). Rekomendacje są utrzymywane w duchu działań prewencyjnych czy maksymalnej humanizacji leczenia (Rabben i Thomassen, 2019). Wynika to z coraz lepszej recepcji prawa pacjenta w opiece psychiatrycznej oraz z dowodów naukowych na brak terapeutycznej skuteczności przymusu bezpośredniego i jego traumatyzujący charakter (Allen i in., 2019; Chieze i in., 2019; Daguman i in., 2025). W miejsce unieruchomienia wprowadza się interwencje o udowodnionej skuteczności w redukcji agresji i liczby incydentów z udziałem pacjentów. Interwencją „pierwszego rzutu” jest deeskalacja werbalna (Gaynes i in., 2017; Klein i in., 2025). Technika ta skutecznie obniża poziom agresji w fazie ostrej, stanowiąc bezpieczniejszą alternatywę dla rozwiązań siłowych. Na poziomie organizacji oddziału ogólnopsychiatrycznego najsilniejsze dowody posiada model *Safewards* (Bowers, 2014a; 2014b, Fletcher i in., 2019), wdrażany również pomimo identyfikowanych problemów na oddziałach psychiatrii sądowej (Maguire i in., 2022; Price i in., 2016) czy – z sukcesem – na oddziałach psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej

<sup>13</sup> Rzecznik Praw Pacjenta: <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>

**Rysunek 4. Średnia długość hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym w 2024 r.**

*Adnotacja.* Nazwy województw w układzie alfabetycznym. Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli> (dostęp: 26.02.2026).

(Simpson i in., 2024; Yates i Lathlean, 2022). Wdrożenie tego modelu (opartego na identyfikacji czynników wyzwalających konflikt) prowadzi do istotnej statystycznie redukcji wskaźników izolacji i unieruchomienia poprawiając jednocześnie funkcjonowanie oddziału szpitalnego (Ward-Stockham i in., 2022). Sukces modelu w rozumieniu zmniejszania liczby procedur przymusu jest silnie uzależniony od wierności stosowania interwencji (ang. *fidelity*), planu szkoleń dla personelu, poziomu akceptacji zmian przez personel oraz zaangażowania kadry zarządzającej (Finch i in., 2022; Mullen i in., 2022; Ward-Stockham i in., 2022). Trzecią dynamicznie rozwijaną alternatywą są interwencje sensoryczne, np. pokoje wyciszeń (Haig i Hallett, 2023). Umożliwienie pacjentom korzystania z metod samoregulacji sensorycznej (zamiast narzuconej izolacji) skutecznie redukuje subiektywny poziom stresu, a w konsekwencji zmniejsza zapotrzebowanie na interwencje restrykcyjne, promując autonomię pacjenta w procesie zdrowienia. Takiego podejścia zabrakło w największym konkursie Ministerstwa Zdrowia na inwestycje w szpitale psychiatryczne. Konkurs FM.SIS.03.PSYCH.2024<sup>14</sup>

<sup>14</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wybor-wnioskow-o-dofinansowanie-podmiotow-leczniczych-w-ramach-programu-inwestycyjnego-w-zakresie-zadan-polegajacych-na-budowie-albo-modernizacji-ladowisk-dla-smiglowcow-przy-szpitalnych-oddzialach-ratunkowych-sor1>

nie promuje – na poziomie kryteriów oceny – infrastruktury wspierającej możliwość redukcji przemocy wobec pacjentów. Zabrakło obligatoryjnego wdrażania rekomendowanych rozwiązań, takich jak np. pokoje wyciszeń, zapewniające bezpieczeństwo personelowi medycznemu i wspierające autonomię pacjentów. Uwzględniono natomiast lepsze warunki – pokoje jednoosobowe z monitoringiem – dla pacjentów wymagających stosowania przymusu bezpośredniego. Będzie on teraz prowadzony w bardziej „ludzkich” warunkach. Niemniej trudno zrozumieć brak kryteriów premiujących inne podejście niż przymus bezpośredni w tak ogromnej inwestycji.

Drugi obszar stanowi bezpieczeństwo pacjenta w oddziałach psychiatrycznych. Pacjenci psychiatryczni doświadczają ryzyk charakterystycznych ogólnie dla leczenia szpitalnego, takich jak np. błędy lekowe. Jednocześnie są narażeni na zagrożenia specyficzne, związane z samouszkodzeniami, przemocą wewnątrz oddziału oraz potencjalną eskalacją działań restrykcyjnych (Bowers i in., 2009; Sharp i in., 2025; Thibaut i in., 2019). W porównaniu z innymi dziedzinami medycyny różnica nie polega na samym istnieniu ryzyka, lecz na większym natężeniu konfliktu między bezpieczeństwem a autonomią chorego, co czyni psychiatrię szczególnie wymagającą z perspektywy standardów etycznych i organizacyjnych.

Trzecim, mniej widocznym obszarem jest dyskryminacja osób z diagnozą psychiatryczną w leczeniu somatycznym. Zjawisko to obejmuje zarówno gorsze traktowanie samych pacjentów, jak i mechanizmy strukturalne, które ograniczają dostęp do świadczeń (Corrigan i in., 2014; Henderson i in., 2014; Hoffart Lunding i in., 2025; Rojas Vistorte i in., 2018; Thornicroft i in., 2009; Tyerman i in., 2021; Voldby i in., 2022). Szczególnie dotyczy to tzw. *diagnostic overshadowing*, czyli błędnego przypisywania objawów chorób somatycznych zaburzeniom psychicznym u pacjentów psychiatrycznych. Takie postępowanie prowadzi do zbyt późnego leczenia somatycznego oraz wzrostu ryzyka powikłań (Molloy i in., 2023). Ponadto istnieje systemowa dyskryminacja pacjentów psychiatrycznych w dostępie do podstawowych badań i leczenia somatycznego. W skrajnej postaci nie zapewnia się podstawowych procedur diagnostycznych podczas przyjęcia do szpitala lub w obliczu pogarszającego się stanu zdrowia w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej (Goncerz i in., 2025). Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi cechuje trwała nadmiarowa śmiertelność, która w świetle analiz nie ulega poprawie w stopniu adekwatnym do postępu medycyny somatycznej (Ali i in., 2022). Regulacje prawne dezintegrują opiekę psychiczną i somatyczną dorosłych, a opieka koordynowana nie jest wdrażana na styku tych dwóch obszarów medycyny (Dz.U. 2023 poz. 1427; Ronaldson i in., 2020). Zniwelowanie tej krzywdy pacjentów psychiatrycznych w kontekście opieki somatycznej wymaga interwencji wielopoziomowych (Thornicroft i in., 2022).



## Poradnia świadomego macierzyństwa

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



## Pomiędzy różnym rozumieniem fundamentu troski – ochrony przed krzywdą: wartość publiczna

---

**A**by odpowiedzieć na pytanie, czy jako państwo tworzymy warunki do unikania lub ograniczenia sytuacji, w której obywatele są krzywdzeni w systemie ochrony zdrowia psychicznego potrzebujemy zdefiniować – trochę *a contrario* – czym jest „troska” lub czym powinna być i jak jest rozumiana w kontekście systemowym oraz prawnym. Klasyczna etyka troski pokazuje, że to, komu poświęcamy uwagę, jakie formy opieki uznajemy za dopuszczalne i kto ma prawo decydować o ich kształcie, jest konsekwencją relacji władzy oraz uwarunkowań instytucjonalnych, a nie tylko nauki/wiedzy, indywidualnych preferencji profesjonalistów czy decydentów. Dlatego dla poniższej typologii rozumienia troski punktem wyjścia jest założenie, że „opieka” jest **praktyką głęboko osadzoną w relacjach władzy, instytucjach i porządku społeczno-ekonomicznym**.

---

Troska w organizacji państwa nie polega na „pochylaniu się nad pacjentem”, „udzielaniu świadczeń w trosce o pacjenta”, „wzruszeniu na widok cierpiącej osoby”, ale jest odpowiedzią na potrzeby zdrowotne obywateli.

---

Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej wynika z założeń systemu ubezpieczeń w Polsce czy konstytucyjnego prawa obywateli/obywatelek do opieki zdrowotnej. Realizuje się ono w formie czynnej, a nie biernej infrastruktury fizycznej i kapitału ludzkiego w postaci personelu medycznego ujętego w harmonogramie w portalu świadczeniodawcy. Odpowiedź ta – praktyka moralna, społeczna i polityczna – nie może być zdefiniowana tak jak w art. 5 ust. 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj.:

„potrzeby zdrowotne **oznaczają liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej**, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców”.

Ten zapis jest charakterystyczny dla podejścia neoliberalnego. Niemniej to tylko jeden ze sposobów realizacji opieki nad potrzebującymi rozumianej jako zobowiązanie państwa wobec jego obywateli. Nie jest to optymalne rozwiązanie, nie ogranicza metod opresyjnych i nie jest najbardziej opłacalne pod kątem ekonomicznym. Możemy się spierać co do przyczyn fiaska tego podejścia, ale nie można negować faktu jego istnienia. Fundamentem moralnym, który dominuje w tym zapisie, jest proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu. Jeżeli rozstrzygająca miałaby być troska – ochrona przed krzywdą, to podstawą definicji potrzeb zdrowotnych byłaby epidemiologia w ujęciu regionalnym czy na poziomie społeczności lokalnej oraz przypisanie odpowiedzialności za ich realizację instytucjom i podmiotom adekwatnie do potrzeb finansowych, nie tylko w ramach budżetu NFZ. Taka definicja potrzeb zdrowotnych jest według nas „grzechem pierworodnym” ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, poprzedzonej ciekawą – z perspektywy dwudziestu dwóch lat – dyskusją w ówczesnej sejmowej Komisji Zdrowia<sup>15</sup>.

---

Bezwzględna dominacja fundamentu proporcjonalności – przeciwdziałania oszustwu będąca podstawą tworzenia legislacji doprowadziła do kryzysu, w którym zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obywateli jest skrajnie niewydolne.

---

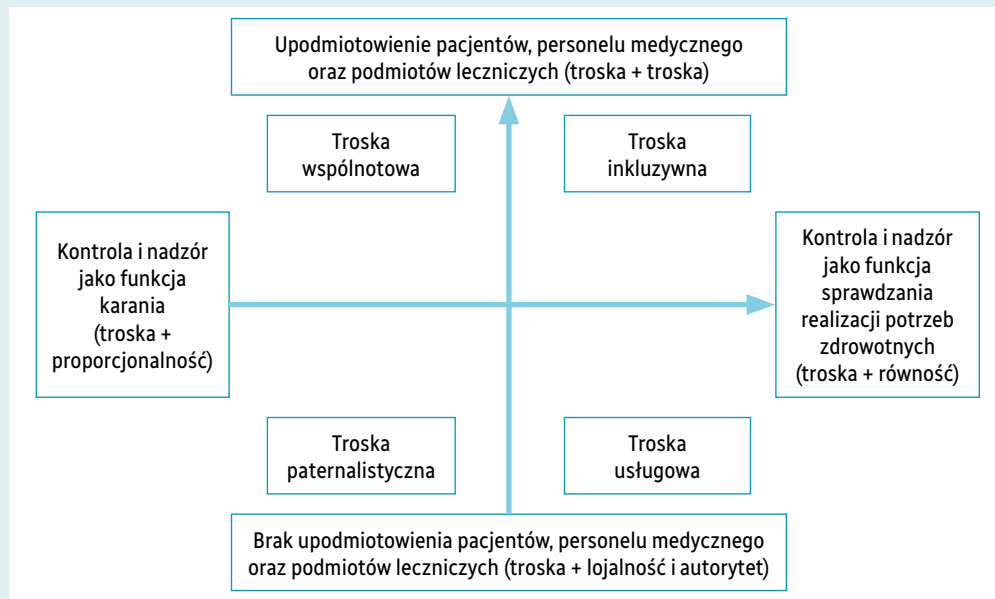
Teoria fundamentów moralnych wskazuje na wielowymiarowy profil ocen moralnych. Jak wskazaliśmy powyżej, troska – ochrona przed krzywdą powinna być rozstrzygająca w ochronie zdrowia psychicznego. Problemem pozostaje natomiast uzgodnienie tej wartości publicznej w przestrzeni semantycznej, następnie określenie sposobu jej pomiaru. W dyskursie publicznym można zauważyć, że troska w konfiguracji pozostałych fundamentów może być rozumiana inaczej, choć zawsze kontekst dobra pacjenta z zaburzeniami psychicznymi pozostaje ważny. Poniżej postaramy się pokazać, jak różnie może być rozumiana troska o pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w kontekście dominacji jednej z pozostałych intuicji moralnych wg Haidta (2024; Atari i in., 2023).

Bazując na typologii relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem (Emanuel i Emanuel, 1992), można stworzyć „systemową” typologię troski – ochrony przed krzywdą. Proponujemy przyjąć sposób jej rozumienia jako pewną heurystykę wyjaśniającą narracje publiczne, rozwiązania prawne i sposoby finansowania systemu ochrony

---

<sup>15</sup> Zapis dyskusji o definicji potrzeb i programów zdrowotnych na posiedzeniu Komisji Zdrowia w dniach 30 czerwca i 6 lipca w 2004 r., na których przyjęto ostateczną wersję zapisów Ustawy: <https://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrrr/ZDR-195> oraz <https://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrrr/ZDR-199>.

Rysunek 5. Typologia rozumienia i realizacji troski w ochronie zdrowia



Adnotacja. Opracowanie własne.

zdrowia<sup>16</sup>. Typologia zawiera cztery sposoby realizacji fundamentu troski – ochrony przed krzywdą, tj. typy paternalistyczny, usługowy, wspólnotowy i inkluzywny (*empowerment*). Te cztery heurystyki są pochodną dwóch ortogonalnych wymiarów.

Pierwszy wymiar dotyczy stopnia udziału/upodmiotowienia – zgodnie z terminologią Moore'a (1995) – interesariuszy, beneficjentów i obligatariuszy tworzących wartość publiczną, jaką jest zdrowie psychiczne. Włączenie w rzeczywisty dialog nie jest fasadową formą konsultacji publicznych, ale realnym wypracowaniem wartości publicznej w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Drugi wymiar odnosi się do sposobu kontroli finansów i umowy pomiędzy Płatnikiem, podmiotem leczniczym

<sup>16</sup> Klasyczny tekst Emanuela i Emanuela (1992) o czterech typach relacji między lekarzem a pacjentem opisuje model paternalistyczny jako zapewnienie dobra osobom leczonym poprzez wybór optymalnej interwencji medycznej; pozostałe modele wyróżnione przez autorów to informacyjny, interpretacyjny i deliberacyjny, jednak w tym miejscu koncentrujemy się na paternalizmie, ponieważ najlepiej opisuje on analizowany wymiar praktyki psychiatrycznej.

a samorządem lokalnym, włącznie z partycypacją pacjentów w tym procesie. Kontrola może mieć charakter opresyjny, tzn. służyć wykrywaniu nieprawidłowości w realizacji świadczeń gwarantowanych. W Polsce – ze względu na przeregulowanie procesu leczenia i jego nieefektywność w realizacji potrzeb zdrowotnych – charakteryzuje się ona swobodą interpretacyjną przepisów np. pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ. Nie obowiązuje tutaj zasada, zgodnie z którą wątpliwości prawne interpretuje się na korzyść podmiotu leczniczego jako „słabszej” strony umowy z monopolistą. Takie podejście byłoby uczciwe, ponieważ relacja jest skrajnie asymetryczna – w umowie społecznej pomiędzy Płatnikiem i podmiotem leczniczym ten drugi ma zobowiązać się do realizacji warunków jednostronnie określonych przez Regulatora i Płatnika. Przy monopolizacji rynku ubezpieczeń negocjacje pomiędzy NFZ a podmiotami leczniczymi są fikcją. W przypadku oczywistych wątpliwości prawnych lub pozamerytorycznych regulacji odpowiedzialność za realizację świadczeń gwarantowanych jest przypisana wyłącznie do podmiotu leczniczego. Przeciwny mechanizm stanowi taka kontrola, która służy sprawdzaniu i monitorowaniu realizacji potrzeb zdrowotnych w systemie usług publicznych z dbałością o równy dostęp i brak dyskryminacji. Jest to zupełnie inna perspektywa – rozwojowa dla usług publicznych i służąca poprawie działania procesów i podmiotów leczniczych. Nie wyklucza to np. skrajnej konsekwencji w postaci rozwiązania umowy, ale poza łamaniem przepisów prawa mogłoby to nastąpić z powodu braku realizacji potrzeb zdrowotnych lub skrajnego ich ograniczania oraz braku poprawy epidemiologii w danym regionie.

Typologia powyższa pozwala na uporządkowanie i zrozumienie działań decydentów, agend wykonawczych państwa, ekspertów, samorządów, podmiotów leczniczych czy pacjentów. Różne sposoby organizowania relacji pomiędzy pacjentem, profesjonalistą



**Matki z dziećmi  
w poczekalni dla  
niemowląt**

fot. Narodowe Archiwum  
Cyfrowe

a podmiotem leczniczym są wyłączną domeną państwa. MZ i NFZ określają sposób ich organizacji, warunki i świadczenia gwarantowane w ramach powszechnego ubezpieczenia. Stopień szczegółowości regulacji jest pochodną właśnie kombinacji fundamentów moralnych decydentów i Regulatorów. W tym podejściu zarówno organizacje podmiotów leczniczych, jak i one same czasami są traktowane jako strona sporu lub przeciwnik w „jakimś” konflikcie. Podmioty lecznicze nie są stroną sporu, ale realnym narzędziem i obligatariuszami realizacji potrzeb zdrowotnych w danej społeczności lokalnej czy grupie pacjentów. Nieadekwatne lokowanie sporu w ochronie zdrowia może prowadzić do tego, że kolejne zmiany nie przyniosą efektu i nie przyczyniają się do pomnażania wartości publicznej w ramach budżetu ochrony zdrowia, którym dysponujemy.

---

Zbyt rzadko podkreśla się fakt, że to nie Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia leczy pacjentów, ale personel medyczny zatrudniany w podmiotach leczniczych.

---

Dobrym przykładem źle zdefiniowanego sporu pomiędzy różnymi aktorami tej samej sceny, w tym pacjenckimi, jest pilotaż centrum zdrowia psychicznego. Teoria fundamentów moralnych Haidta (2024; Atari i in., 2023) i koncepcja wartości publicznej Moore’a (1995; 2013; Osborne i in. 2022) pozwalają zrozumieć fenomen najdłuższego pilotażu w ochronie zdrowia. Spór toczy się od ośmiu lat – czyli jest ponad kadencjami i podziałami politycznymi – a jego wynikiem były i są kompromisowe rozwiązania czy próby „siłowego” narzucenia modelu opieki po zakończeniu etapu testowania – wbrew założeniom Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jest to spór dotyczący nie tylko spraw „moralnych”, ale także odpowiedzialności za środki publiczne. Przygotowanie rozwiązań prawnych, kadrowych, organizacyjnych i finansowych przy rozstrzygającym fundamencie troski – ochrony przed krzywdą, z perspektywy praw pacjenta i efektywności działania państwa jest najważniejsze. „Punktowe” rozwiązania w pilotażu centrum zdrowia psychicznego są związane z przekonaniem, że inny fundament niż troska jest rozstrzygający.

**Troska paternalistyczna.** Model troski paternalistycznej zakłada, że głównym dobrem, które należy chronić, jest bezpieczeństwo – zarówno pacjenta, jak i zbiorowości/systemu. Bezpieczeństwo jest definiowane przez fundament autorytet – sprzeciw wobec buntu. Państwo oraz personel medyczny mają definitywne prawo do rozstrzygnięcia, czym jest „dobro pacjenta”, którego uprawnienia decyzyjne mogą być ograniczone ze względu na zakładany *a priori* brak kompetencji lub wysokie ryzyko samouszkodzenia, agresji czy zaniedbania leczenia. Klasyczny tekst Emanuela i Emanuela (1992) o czterech typach relacji między lekarzem a pacjentem opisuje model paternalistyczny jako zapewnienie dobra osobom leczonym poprzez wybór optymalnej interwencji medycznej. Jest to sytuacja normatywna w medycynie, niemniej w zakresie opieki

psychiatrycznej wiąże się szerszym ograniczeniem autonomii w wyrażeniu woli co do sposobu leczenia i nierzadko radykalnym ograniczeniem praw pacjenta co do samostanowienia. Ponadto paternalizm przejawia się m.in. w selektywnym przekazywaniu informacji, ograniczaniu udziału pacjenta w wyborze terapii i koncentrowaniu się na zgodności z rekomendacją lekarza (McKinstry, 1992). W psychiatrii paternalistyczna troska legitymizowała rozwój modeli azylowych i hospitalizacji, gdzie ochrona przed ryzykiem (dla dobra pacjenta i otoczenia) usprawiedliwiała szerokie stosowanie środków przymusu i ograniczanie praw. Doświadczenia pacjentów prawnie objętych nakazem leczenia pokazują, że takie interwencje są często odbierane jako pozbawiające kontroli, stygmatyzujące i naruszające poczucie godności (Aragonés-Calleja i Sánchez-Martínez, 2024; Plahouras i in., 2020). Nowsze analizy pokazują szczególnie negatywny wpływ paternalizmu na dobrostan psychiczny osób starszych, które doświadczają infantylizujących zachowań ze strony personelu („powrót do przedszkola”) i częściej zgłaszają lęk, złość oraz poczucie niesprawiedliwości (von Humboldt i in., 2024; Kuosmanen i in., 2007). Jednocześnie debaty, panele i konferencje pokazują, że konflikt autonomia – paternalizm nie jest prostą dychotomią, lecz dotyczy sposobu, w jaki relacje i kontekst społeczny umacniają lub podważają zdolność pacjenta do samostanowienia (Akhtar i in., 2025).

W polskim kontekście troska paternalistyczna znajduje ucieleśnienie w dużych szpitalach psychiatrycznych z grupą „pacjentów socjalnych”, których długotrwała hospitalizacja wynika bardziej z braku alternatyw mieszkaniowych i społecznych niż z potrzeby leczenia ostrego epizodu psychotycznego. Te same postawy i rozwiązania prawne można obserwować w działających całodobowo instytucjach pomocy społecznej, np. w domach pomocy społecznej. W praktyce hospitalizacji bez zgody pacjenta, stosowania środków przymusu bezpośredniego lub w podawaniu leku bez zgody pacjenta czy długoterminowej opieki instytucjonalnej dominuje ten rodzaj troski, który budzi wiele wątpliwości po stronie personelu medycznego, pacjentów i ich rodzin (Aragonés-Calleja i Sánchez-Martínez, 2024). Tymczasem Ministerstwo Zdrowia proponuje przyjęcie fundamentu autorytetu – sprzeciwu wobec buntu w nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>17</sup> jako rozstrzygającego w sytuacji stosowania metod leczenia bez zgody pacjenta lub w warunkach stosowania przymusu.

Badania nad skutkami praktyk paternalistycznych są niekonkluzywne. Z jednej strony interwencje ukierunkowane na redukcję przymusu pokazują, że standardowe praktyki oparte na jednostronnych decyzjach profesjonalistów prowadzą do utrzymywania

---

<sup>17</sup> Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich nr V.7016.150.2025.JK do Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2025 r.



### Rozmowa pacjenta z pacjentem

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

wysokich wskaźników przymusowych przyjęć i stosowania izolacji, podczas gdy interwencje szkoleniowe i modele zintegrowanej opieki mogą redukować wielkość tych wskaźników (Barbui i in., 2021). Z drugiej strony część praktyk „paternalizmu miękkiego” – jak szybkie podejmowanie decyzji w stanach nagłych – bywa przez część pacjentów oceniana jako uzasadniona i chroniąca przed większą krzywdą. Niemniej wyniki wskazują na prawidłowość, że szkolenia personelu, interwencje oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji oraz zintegrowana opieka środowiskowa wiążą się z istotnym zmniejszeniem stosowania przymusu (Barbui i in., 2021; Kisely i in., 2024).

---

Oczekiwanie, że samo wprowadzenie centrów zdrowia psychicznego bez zarządzania zmianą i bez szkoleń personelu będzie miało wpływ na zmniejszenie stosowania procedur przymusu, nie ma uzasadnienia w badaniach. Bez odpowiedniego wsparcia personelu medycznego nie jest możliwa redukcja stosowania tych procedur.

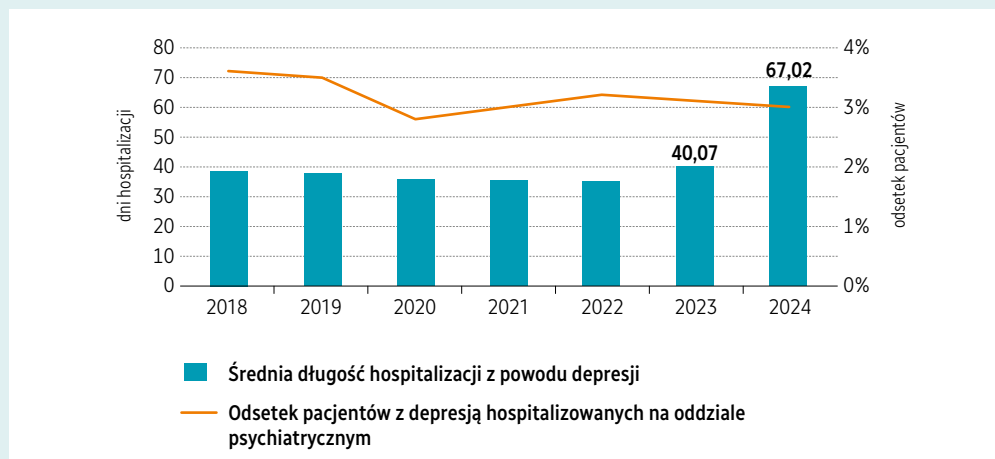
---

Doświadczanie krzywdy po stronie pacjentów, którzy podlegają praktykom paternalistycznym, powinno być ważną przesłanką w stanowieniu prawa. Jakość relacji i sposób komunikacji okazują się kluczowe: nawet tam, gdzie prawo dopuszcza zastosowanie przymusu, pacjenci lepiej oceniają opiekę, jeśli towarzyszą jej transparentna komunikacja, wyjaśnianie powodów działań i realne wysiłki na rzecz przywrócenia poczucia sprawstwa (Aguilera-Serrano i in., 2018; Aragonés-Calleja i Sánchez-Martínez, 2024; Steinert i in., 2023). Warto podkreślić, że dowody naukowe rzadko wprost „bronią” paternalizmu jako takiego. Raczej wskazują, że w warunkach braku zasobów wspólnotowych i odpowiednio rozwiniętej opieki środowiskowej systemy skłaniają się ku modelowi paternalistycznemu jako domyślnemu – co WHO wprost określa jako barierę dla realizacji praw człowieka w obszarze zdrowia psychicznego (WHO, 2022). Z punktu widzenia moralnych fundamentów mamy więc do czynienia z modelem, który

relatywnie dobrze chroni przed niektórymi formami bezpośredniej krzywdy (np. ciężką autoagresją), ale jednocześnie przynosi ryzyko krzywd strukturalnych: długotrwałej zależności, stygmatyzacji i utraty podmiotowości.

**Troska usługowa.** Model troski usługowej (usługowo-konsumencki) wyrasta z liberalnej krytyki paternalizmu. Pacjent jest tu postrzegany jako klient, który ma prawo do informacji, wyboru i oceny jakości usług. W języku Haidta (2024; Atari i in., 2023) silnie wybrzmiewa tu fundament równości, który jest rozumiany jako świadczenie efektywnej i responsywnej usługi zgodnie z preferencjami klienta. Podejście *service-oriented care* jest naturalne dla Narodowego Funduszu Zdrowia w obszarze psychiatrii. Odpowiada w dużej mierze modelowi informacyjno-konsumenckiemu i neoliberalnej logice usług. Pacjent staje się klientem, a świadczenie – towarem na rynku. Koncepcja „pacjenta-klienta jako konsumenta” nie jest nowa (Reeder, 1972). Zakłada jednak brak monopolisty na rynku ubezpieczeń oraz konkurencję ofert ubezpieczenia, co nie ma miejsca w polskiej opiece psychiatrycznej (pomijamy rynek komercyjnych abonamentów, które nie są porównywalne w ramach powszechnego ubezpieczenia). Klient powinien mieć wybór ubezpieczenia (jego zakresu), usługodawcy, możliwości porównywania oferty i negocjowania zakresu opieki. Inaczej pacjent pozostaje „ofiara” quasirynkowych mechanizmów tworzenia oferty przez monopolistę na rynku ubezpieczeń.

Pomijając fasadę rozwiązań liberalnych w Polsce (ofertowanie w ramach konkursów NFZ), w logice rynkowej troska bywa redukowana do zestawu mierzalnych produktów: procedur, pakietów, wskaźników jakości (Timmermans i Almeling, 2009). W obszarze zdrowia psychicznego neoliberalizm sprzyja komodyfikacji choroby psychicznej. System świadczeń gwarantowanych przekształca cierpienie w zestaw indywidualnych deficytów, które należy „naprawić” poprzez zakup odpowiednich usług, programów i leków. Usługi dotyczące zdrowia psychicznego stają się przedmiotem obrotu rynkowego, a odpowiedzialność za radzenie sobie przenosi się z systemu ochrony zdrowia na pacjenta i jego rodzinę (Esposito i Pérez, 2014; Lupton, 2014). W takim rozumieniu troski wartością staje się efektywność i standaryzacja, a ryzykiem – dehumanizacja relacji terapeutycznej i strukturalne wykluczenie osób „nieopłacalnych” systemowo z trudno lub nieadekwatnie wycenianymi procedurami: przewlekle chorych psychicznie, wymagających długotrwałego wsparcia, interwencji wielosektorowych i pracy środowiskowej. Badania nad komercjalizacją opieki zdrowotnej wskazują, że rynkowe mechanizmy finansowania sprzyjają selekcji pacjentów, nadprodukcji interwencji wysokomarżowych i niedoinwestowaniu usług o słabszym zwrocie finansowym, choć kluczowych z perspektywy efektów zdrowotnych (Christiansen, 2017; Krachler i in., 2022). Dotychczasowy spór o pilotaż centrum zdrowia psychicznego wskazywałby na to, że jest to pożądane przez Płatnika i część podmiotów leczniczych, które mają tzw. wysokomarżowych pacjentów. Troska usługowa dobrze opisuje systemy, w których

**Rysunek 6. Wzrost przeciętnego czasu leczenia depresji na oddziale psychiatrycznym**

*Adnotacja.* Na podstawie danych NFZ za lata 2013–2024: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> (dostęp: 26.02.2026).

dominują kontraktowane świadczenia specjalistyczne, długie hospitalizacje lub wiele krótkich hospitalizacji – ważne, by ostatecznie wyjść na podobny poziom przychodów. Poradnie nastawiają się na „przerób”, w tym przerób świadczeń środowiskowych lub pierwszorazowych, jeżeli są dobrze wycenione w ramach systemu zachęt. Ostatecznie Płatnikowi pozostaje system kar, który też wymusza działania niekoniecznie związane z potrzebami zdrowotnymi lub terapii. Mechanizm ten prowadzi do **monetyzacji cierpienia**, co jest szczególnie bolesne w psychiatrii dziecięcej (I poziom referencyjny). W dominującym modelu usługowym podmiot leczniczy jest premiowany finansowo za „produktywność” – dużą liczbę poprawnie zrealizowanych wizyt i procedur – a nie za realną poprawę dobrostanu dziecka w jego naturalnym środowisku. Skutkuje to tragicznym paradoksem: dynamiczny wzrost liczby świadczeń i nakładów nie przekłada się na poprawę zdrowia populacyjnego, ponieważ system nie widzi szerszego kontekstu, bez którego zdrowienie jest niemożliwe – środowiska szkolnego i rodzinnego. Płatnik kupuje fragmentaryczną usługę medyczną, nie tworząc mechanizmu odpowiedzialności za los młodego pacjenta i pozostawiając go w próżni między gabinetem a szkołą.

W sensie moralnym model usługowy przesuwając akcent z troski rozumianej jako relacyjna odpowiedzialność na troskę rozumianą jako „jakość punkтового doświadczenia klienta – w momencie wykonania usługi”. Może to wzmacniać subiektywnie pozytywne doświadczenie opieki, ale bywa też krytykowane za komodyfikację relacji terapeutycznej

i redukcję problemów psychicznych do towaru na rynku usług zdrowotnych. Etycznie wątpliwe jest również ryzyko przerzucenia odpowiedzialności za zdrowie na pacjenta. Jeśli pacjent jest klientem, to nierówności w dostępie czy rezultatach mogą być interpretowane jako indywidualne wybory, a nie efekt strukturalnych ograniczeń systemu.

**Troska wspólnotowa** (*community care*) przenosi ciężar z instytucji na środowisko lokalne, zakładając, że zdrowienie jest procesem społecznym, a nie tylko efektem oddziaływań specjalistycznych, tj. farmakoterapii czy gabinetowej psychoterapii. W tym ujęciu troska wykracza poza relację kliniczną i obejmuje sieci wsparcia rodzinnego, sąsiedzkiego, instytucji lokalnych oraz organizacji pozarządowych. Moralnie mocno obecne są tu fundamenty lojalności oraz równości, ale przede wszystkim troski rozumianej jako zdolność wspólnoty do „podtrzymywania” słabszych jej członków. Z perspektywy etyki troski model wspólnotowy jest atrakcyjny, ponieważ wzmacnia relacyjną i kontekstową naturę opieki: nie jest to wyłącznie kontrakt między lekarzem a pacjentem, lecz przedsięwzięcie angażujące wiele podmiotów i interesariuszy różnych sektorów. Istnieje tutaj pewne ryzyko związane z tzw. demokratyzacją troski. Demokratyzacja troski może oznaczać rozmycie odpowiedzialności. W warunkach słabego państwa i niewystarczających zasobów systemowych odpowiedzialność za kształt i warunki niesienia opieki nad osobami w kryzysie psychicznym zostaje przeniesiona na rodziny, często już przeciążone ekonomicznie i emocjonalnie. W praktyce to przerzucanie odpowiedzialności sprowadza się do delegowania na rodzinę i pacjenta kompetencji dotyczących przepisów prawnych, rodzajów świadczeń czy praw.

Komponenty wspólnotowe – takie jak zaangażowanie liderów lokalnych, wsparcie rodzin, szkolenie niespecjalistycznych pracowników i sieciowanie z zasobami społecznymi – zwiększają dostępność, akceptowalność i skuteczność pomocy, przyczyniając



**Pacjenci i personel  
medyczny szpitala**

fot. Archiwum Państwowe  
w Bydgoszczy / Narodowe  
Archiwum Cyfrowe

się do ograniczenia barier strukturalnych w dostępie do opieki (Kohrt i in., 2018). Szczególnym przypadkiem jest organizacja wsparcia w sytuacji klęski naturalnej czy wojny. Praca z uchodźcami pokazuje rolę społeczności jako źródła sensu, tożsamości i wsparcia, które nie może zostać zastąpione wyłącznie przez usługi specjalistyczne. Procedury leczenia typu *assertive community treatment* (ACT) dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi i doświadczeniem bezdomności skracają czas kryzysu bezdomności oraz łagodzą nasilenie objawów klinicznych, a także w umiarkowanym stopniu zmniejszają rehospitalizacje (Coldwell i Bender, 2007). Pomoc osobom z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i zarządzanie opieką nad nimi pokazują niewielkie, ale istotne statystycznie efekty w zakresie reedukacji objawów, podnoszenia jakości życia i mniejszej hospitalizacji (Lim i in., 2022). Jednocześnie badania dotyczące usług środowiskowych – często przedstawianych jako narzędzie „opieki wspólnotowej” – wskazują brak jednoznacznych korzyści w redukcji przymusowych przyjęć i poprawie wyników klinicznych (Kisely i in., 2024). Nie wystarczy rozwój usług środowiskowych w opiece wspólnotowej. Niezbędne jest intensywne zarządzanie pacjentami z przewlekłymi i złożonymi potrzebami psychicznymi, w tym zintegrowana opieka, celowane programy rehabilitacji zawodowej i wsparcia mieszkaniowego (Harvey i in., 2023). WHO (2021) akcentuje, że dobrze zaprojektowane usługi środowiskowe (*community mental health services*) powinny być oparte na prawach człowieka, podejściu związanym ze zdrowieniem (*recovery approach*), integracji z mieszkalnictwem, edukacją i zatrudnieniem oraz na partnerstwach z organizacjami społecznymi i użytkownikami systemu. Dowody empiryczne pokazują, że efektywność opieki wspólnotowej zależy od jakości współpracy międzysektorowej (zdrowie, pomoc społeczna, oświata) oraz od istnienia formalnych mechanizmów koordynacji. Zintegrowane modele opieki – łączące interwencje kliniczne, wsparcie socjalne i działania w społeczności – mogą także redukować prawdopodobieństwo przymusowych przyjęć (Barbui i in., 2021).

---

Oczekiwanie realnej zmiany bez silnego wsparcia państwa jest naiwnością. Wydanie 8 mld zł bez przemyślanego programu to błąd, celowe działanie lub nierozwiązywany przez decydentów konflikt interesów wokół programu pilotażowego.

---

W Polsce troska wspólnotowa legła u podstaw pilotażu centrów zdrowia psychicznego, który ma zapewniać m.in. szybki dostęp, pracę w środowisku i wsparcie rodzin, a nie tylko epizody opieki w szpitalu. Przy tym wdrażanie troski wspólnotowej wymaga wsparcia podmiotów leczniczych i profesjonalistów na wielu płaszczyznach – poczynając od prawnej, a kończąc na szkoleniach personelu medycznego (Kohrt i in., 2018).

**Troska inkluzywna** (*empowering, rights-based care*) stanowi najbardziej progresywne podejście do organizacji systemu ochrony zdrowia, w którym celem opieki jest nie tylko „zaopiekowanie się” słabszym. W ujęciu tym priorytetem staje się wyposażenie osób doświadczających kryzysu psychicznego w zasoby do radzenia sobie z potencjalnymi przyszłymi kryzysami, samostanowienia i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. To rozumienie opieki wyrasta z ruchów na rzecz praw człowieka, reform psychiatrii w optyce troski wspólnotowej oraz krytyki azylowych struktur instytucjonalnych. Traktuje on osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego jako obywateli z pełnią praw, dla których kluczowe jest odzyskanie sprawczości, relacji z innymi oraz głosu/reprezentacji w swoich sprawach i kontroli nad własnym życiem. Moralnie dominuje tu troska – ochrona przed krzywdzeniem oraz fundament równości, rozumiany jako sprzeciw wobec praktyk dyskryminacyjnych.

Model CHIME (*Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment*) można uznać za klasyczne rozumienie opieki inkluzywnej (Leamy i in., 2011). Z tego typu opieki wyrasta także empirycznie zwalidowany model etapów zdrowienia i narzędzie *Stages of Recovery Instrument* (STORI), które pozwalają mierzyć postęp w kierunku odzyskiwania ról i sprawczości przez osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (Andresen i in., 2006). Włączanie/przywracanie zdrowia psychicznego pacjentów psychiatrycznych odbywa się w trzech obszarach, którymi są relacje, poczucie sensu i uczestnictwo, przy wdrażaniu procedur medycznych uwzględniających współdecydowanie, wsparcie rówieśnicze, dostęp do pracy i edukacji oraz eliminację barier społecznych (Jaiswal i in., 2020). Nawet w kontekstach o silnych tradycjach paternalistycznych możliwe jest wdrażanie bardziej partnerskich, podmiotowych form opieki (Waldemar i in., 2016) w podejściu *recovery-oriented*. Szczególnie istotne dla definicji troski inkluzywnej są przeglądy łączące podejście zorientowane na zdrowienie i prawocześnie. Melillo i in. (2025) pokazują, że modele te mogą realnie przyczynić się do przesunięcia opieki psychiatrycznej w kierunku opieki bez przymusu, opartej na autonomii i godności. W realiach polskiej opieki psychiatrycznej ten model opieki wydaje się bardzo odległy. Eiroa-Orosy i García-Mieres (2019) pokazują jednak, że edukacja profesjonalistów ukierunkowana na *recovery* i *empowerment* oraz prawa człowieka prowadzą do zmian postaw i praktyk, w tym do wzrostu akceptacji współdecydowania i uznania doświadczenia życia pacjenta jako źródła wiedzy.

W tym sensie troska inkluzywna wymaga nie tylko nowych narzędzi klinicznych, ale również przeformułowania relacji władzy w systemie: od modelu, w którym lekarz lub instytucja decyduje „za” pacjenta, do modelu, w którym osoby z doświadczeniem choroby współtworzą system – jako eksperci przez doświadczenie, członkowie ciał doradczych, współautorzy standardów i praktyk. W pilotażu centrów zdrowia psychicznego włączono ich w tworzenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych – po raz

pierwszy w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Przy tych pracach obecni byli pacjenci, ich rodziny czy asystenci zdrowienia. Ostatecznie sam dokument wypracowywany w Biurze ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego stał się przedmiotem bezpardonowej i niemerytorycznej krytyki, u podstaw której legł brak aktualnej wiedzy o zarządzaniu usługami publicznymi. Niektóre organizacje postulowały grupowe wykluczenie osób („Zdecydowanie także nadal postulujemy całkowite wycofanie z prac nad standardem środowisk i osób związanych z realizacjami programu unijnego POWER w tym obszarze...”) lub wyłączenie niektórych pojedynczych osób („Jest także niepokojącym i budzącym nasz sprzeciw, że wśród osób zaproszonych jako eksperci do prac nad treścią standardu są osoby niebędące psychologami czy psychiatrami. Do takich osób należą np.: Pani [usunięte] – absolwentka Wydziału Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej”). Osobom z doświadczeniem choroby czy ich rodzinom odbierano prawo do współdecydowania o rozwiązaniach, które ich bezpośrednio dotyczą. Nie liczyła się dyskusja *ad meritum*, pomnażanie



**Pacjent psychiatryczny  
w szpitalu na korytarzu,  
Barbacena, Brazylia,  
1961 r.**

fot. Luiz Alfredo / O Cruzeiro

wartości publicznej, udzielanie pomocy we wdrażaniu standardów. Z perspektywy troski inkluzywnej szczególnie niebezpieczne było wykluczanie asystentów zdrowienia<sup>18</sup>. Włączanie różnych interesariuszy, w tym podmiotów leczniczych, pacjentów oraz ich rodzin, w proces stanowienia prawa – nie tylko biernego opiniowania w konsultacjach publicznych – jest wszak konstytutywne dla opieki inkluzywnej.

W niektórych badaniach zwracano uwagę, że podejście inkluzywne bywa łatwo ko-optowane przez system prawny. Język zawierający frazy „zdrowienie/wyzdrowienie/wyleczenie/wyleczenie pacjenta” czy „podmiotowość pacjenta” jest używany w dokumentach strategicznych agend naszego państwa, ale bez realnej zmiany praktyki i *de facto* prawa. Dotyczy to tak samo ustaw uchwalanych przez Sejm, jak i technicznych zarządzeń Prezesa NFZ. Czasem partycypacja pacjentów sprowadza się do symbolicznego udziału reprezentantów użytkowników w ciałach doradczych bez większego wpływu na stanowione rozwiązania (Saraceno i Caldas de Almeida, 2022).

Model inkluzywny zakłada konieczność głębokiej przebudowy psychiatrii: odchodzenia od kategorii „zaburzeń” na rzecz języka doświadczeń, rezygnacji z przymusu i hierarchicznych struktur władzy, a także silnej integracji opieki z pomocą społeczną czy oświatą. W praktyce – jak pokazuje raport WHO – nawet najbardziej postępowe reformy są hybrydą rozwiązań inkluzywnych i elementów pozostałych modeli opieki (WHO, 2022), co nie oznacza realnej, odczuwalnej i oczekiwanej przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zmiany ich sytuacji. Współczesne ujęcia troski w ochronie zdrowia idą jeszcze dalej i traktują ją jako kategorię polityczną – element „gospodarki troski” (*care economy*) i warunek sprawiedliwości zdrowotnej. W koncepcji równości troska oznacza nie tylko równość formalnego dostępu do usług, ale także dystrybucję zasobów proporcjonalnie do potrzeb, z uwzględnieniem kumulujących się form nierówności czy postępow w organizacji i jakości leczenia (Lewis i in., 2023).

---

Centra zdrowia psychicznego, które powinny stawać się podstawą do wdrażania opieki inkluzywnej oraz jej rozwoju w kontekście wyzwań systemu (tzw. zwinne organizacje/ podmioty lecznicze), zaczynają dryfować w kierunku opieki usługowej i paternalistycznej. Powoli stają się ofiarami braku silnego wsparcia i legitymizacji, a procesy entropii stają się dominującą siłą (dez)organizującą ich usługi w nieprzewidywalnej przyszłości – tej bliższej i tej dalszej.

---

<sup>18</sup> W oficjalnym piśmie jednej z organizacji podano taki argument za wykluczeniem asystentów zdrowienia „(towarzystwo) opiniowało negatywnie do ZSK wprowadzenie kwalifikacji pt.: «asystent zdrowienia». Jest to rozwiązanie bez podstaw w naukowych dowodach skuteczności”. Dowody naukowe mówią coś przeciwnego (por. Puschner i in., 2025).



### Dziecko w jadalni szpitala

fot. Narodowe Archiwum  
Cyfrowe

Systemy ochrony zdrowia i praktyka kliniczna stanowią zazwyczaj mieszaninę elementów paternalistycznych, usługowych, wspólnotowych i inkluzywnych. Te same instrumenty polityki zdrowotnej mogą być interpretowane w różnych paradygmatach. Rozwój centrów zdrowia psychicznego można odczytać jako wzmocnienie opieki wspólnotowej i inkluzywnej, jeśli towarzyszy temu odpowiednie wsparcie państwa i stosowane są adekwatne metody (programy wsparcia rówieśniczego, redukcja przyjęć bez zgody lub reedukacja stosowania przymusu; pomiar współdecydowania mieszkańców). Mogą też być traktowane jako próba umocnienia pozainstytucjonalnego paternalizmu (czasami zwanego deinstytucjonalizacją), jeśli dominują w nich przymusowe interwencje przeniesione po prostu z instytucji całodobowych do środowiska lokalnego. Dowody na skuteczność opieki koordynowanej i stopniowanej oraz środowiskowych metod pracy (jak ACT) raczej potwierdzają tezę, że dobrze zorganizowana opieka (model wspólnotowy) może poprawiać wyniki kliniczne i funkcjonowanie społeczne. Szczególnie jest to widoczne w grupach wysokiego ryzyka zdrowotnego (Coldwell i Bender, 2007; Lim i in., 2022). Wzmocnienie prawne, finansowe i ewaluacja (np. wskaźniki jakości) elementów usługowych i inkluzywnych w relacji klinicznej przynosi wyraźne korzyści w sferze doświadczeń pacjenta (wiedza, poczucie sprawstwa, satysfakcja), ale rzadko przekłada się na poprawę wyników klinicznych (Dwamena i in., 2012; Stacey i in., 2017; Shay i Lafata, 2015).

Paradoksalnie napięcie między troską a wolnością – centralne w psychiatrii – nie ma prostego „rozwiązania” empirycznego. Dane sugerują, że najbardziej obiecujące są modele, które łączą elementy różnych paradygmatów: utrzymują możliwość interwencji w sytuacjach krytycznych (element paternalistyczny), ale mocno inwestują w opiekę wspólnotową, wspólne podejmowanie decyzji i transformację kultury instytucjonalnej w stronę opieki inkluzywnej (WHO, 2022; Barbui i in., 2021; Han i in., 2021).



**Państwowy Szpital dla Psychiczenie Chorych w Kulparkowie (pod Lwowem). Warsztaty ślusarskie w ramach terapii zajęciowej. Szpital w Kulparkowie był w czasach przedwojennych jedną z najnowocześniejszych placówek tego typu w Polsce, promującą aktywizację pacjentów. Na zdjęciu widać młodych mężczyzn pracujących przy imadłach pod okiem instruktorów.**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

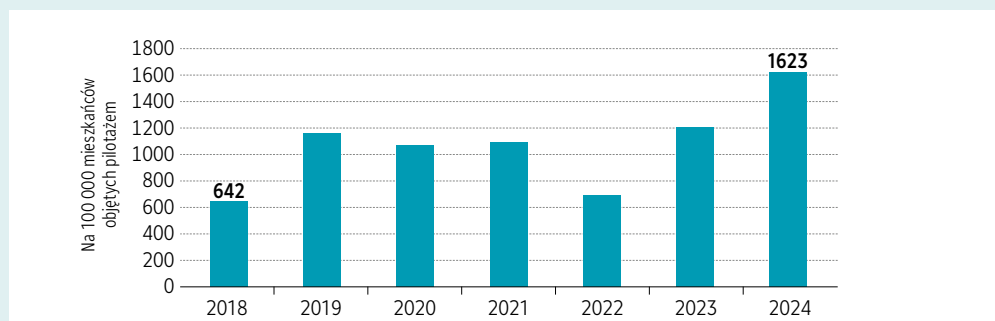


## Pomiędzy wolą zmieniać a entropią systemu: legitymizacja i wsparcie

**S**pór o pilotaż, który uwidacznia pozycję fundamentów moralnych jako rozstrzygających przesłanek, prowadzi do niekontrolowanego wzrostu entropii w sieci centrów zdrowia psychicznego. Wskazują na to trzy czynniki po 2023 r. – coraz większe, niepowiązane z efektywnością korekty budżetów centrów zdrowia psychicznego (**rysunek 13** na s. 80), nieuzasadnione wydłużenie czasu hospitalizacji osób z depresją (**rysunek 6** na s. 51) czy też – jako mechanizm zbilansowania przychodów centrum – wzrost realizacji świadczeń dla mieszkańców spoza obszaru pilotażu w ramach odrębnych pozycji w umowie z NFZ (**rysunek 7**).

Według Moore’a (1995; 2013) jakikolwiek model opieki w ochronie zdrowia wymaga legitymizacji, inaczej nie jest wdrażalny lub przeradza się w swoją karykaturę. Nawet jeżeli umowa społeczna, jaką jest Konstytucja RP, określa konkretny typ opieki, to w sytuacji podejmowania decyzji finansowych nie stanowi on wytycznej. Nieustanny i największy spór pojawiający się w dyskursie publicznym na wielu płaszczyznach dotyczy właśnie rozumienia modelu opieki jako konstytucyjnego prawa obywatela. Dodatkowo w kontekście UHC jest to spór o koszty inne niż tylko bezpośrednie. Zwyczaj – w aktualnie dominującym w Polsce modelu opieki paternalistycznej lub

**Rysunek 7. Wskaźnik liczby pacjentów spoza obszaru pilotażu leczonych w CZP**

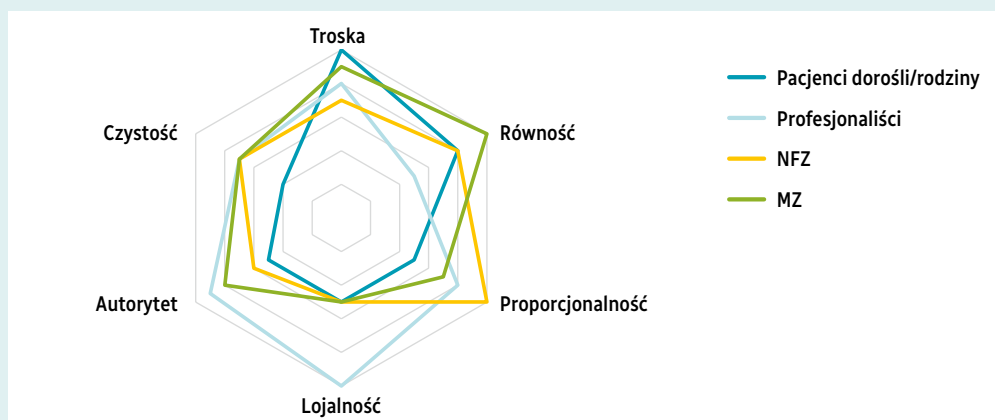


*Adnotacja.* Liczba mieszkańców spoza obszaru pilotażu leczonych w CZP na 100 000 mieszkańców objętych pilotażem. Na podstawie danych DAiS MZ.

usługowej – koszty pośrednie nie są istotne i np. nie włącza się ich do decyzji przy wyliczeniach prowadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nic nie stoi na przeszkodzie, by wyliczać QALY/DALY<sup>19</sup> dla niepełnosprawności związanej z zaburzeniami psychicznymi, a nie tylko komunikować te wartości w raportach niemających realnego wpływu na decyzje. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia są to koszty nieoczywiste, rozmyte, pośrednio powiązane z realizacją świadczeń, jakby niepoliczalne. Utracone korzyści liczone w PKB wg DALY, nierówności w dostępie do świadczeń czy wręcz brak realizacji założeń UHC pozostają poza kontekstem decyzji politycznych lub są wyłącznie markowaniem konieczności ich realizowania.

Za pomocą fundamentów moralnych Haidta staraliśmy się określić oraz spozycjonować poglądy interesariuszy i decydentów, urzędników i polityków, ekspertów i pacjentów, dla których – przynajmniej deklaratywnie – fundament moralny troski – ochrony przed krzywdzeniem jest wiążący w rozwiązaniach w obszarze zdrowia psychicznego.

**Rysunek 8. Hipotetyczna ocena fundamentów moralnych w ochronie zdrowia psychicznego**



*Adnotacja.* Subiektywna interpretacja autorów wyrażanych *explicite* lub *implicite* „profilu moralnych” ważnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia psychicznego.

<sup>19</sup> QALY (z ang. *Quality-Adjusted Life Year*) to lata życia skorygowane o ich jakość. Miara ta łączy ze sobą długość życia i jego jakość w jedną wielkość używaną w ocenie efektywności kosztowej interwencji zdrowotnych. DALY (z ang. *Disability-Adjusted Life Year*) to lata życia skorygowane o niepełnosprawność/utraconą sprawność. Miara ta obrazuje stopień obciążenia chorobami i jest używana w zdrowiu publicznym do kwantyfikacji „utraconych lat zdrowego życia”.



**Wysoki poziom  
profesjonalizacji  
polskiego pielęgniarstwa  
w dwudziestolecu  
międzywojennym**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

Zobowiązanie państwa polskiego do powszechnego dostępu do opieki w systemie ochrony zdrowia psychicznego powinno być punktem wyjścia do rozpoznania problemów. Z danych empirycznych przedstawionych powyżej wynika, że model wspólnotowy lub inkluzywny jest pożądanym modelem systemowym. Uporządkowane dane oraz wielosektorowe źródła tych danych są niezbędne w uzgadnianiu rozwiązań w kontekście wartości publicznej, jaką jest troska inkluzywna (na podstawie czego decydenci mają mieć wiedzę, że model ten przynosi rzeczywistą ulgę osobom z zaburzeniami psychicznymi?). Dane powinny być granicą prowadzenia sporu pomiędzy różnymi interesariuszami. Nie powinno się zatem dopuszczać argumentacji lub rozwiązań odwołujących się do nigdzie nieudokumentowanej wiedzy eksperckiej, prywatnych opinii interesariuszy, w tym urzędników i decydentów, utrzymanych często w konwencji „proszę uwierzyć, tak będzie dobrze”, „tak jest sprawiedliwie”. Ponadto przy podejściu „na wiarę” istnieje bardzo silna tendencja do wykluczania danych/badań/wyników czy też specjalistów z gremiów eksperckich niepodzielających tej „wiary”. Po wykluczeniu „danych i ekspertów” decyzje opierają się na fragmentarycznych przesłankach lub mistycznych przekonaniach, a nie dowodach naukowych.

Rzetelna baza danych z trafną interpretacją wyników powinna służyć legitymizacji i wsparciu wartości publicznej opartej na fundamencie troski. Jeżeli nie mamy dostępu lub nie zbieramy danych w modelu opieki inkluzywnej, to potrzebujemy je ująć w rozporządzeniach i zarządzeniach i zacząć gromadzić w ramach dostępnych rejestrów publicznych. Muszą one być jasnym wskaźnikiem realizacji opieki na poziomie społeczności lokalnych czy z perspektywy ścieżki leczenia pacjenta. Brak rzetelnych danych i zrozumienia, „skąd liczby pochodzą”, stanowi istotny problem w podejmowaniu decyzji mających realny wpływ na sytuację zdrowotną mieszkańców. Jako państwo doszliśmy do takiego punktu, w którym budżet Narodowego Funduszu Zdrowia

od 2015 r. wzrósł prawie trzykrotnie, a kolejki do lekarzy się wydłużyły i ograniczono dostępność do leczenia psychiatrycznego w ramach modelu usługowego. W 2015 r. NFZ wydał blisko 2,4 mld zł na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, a w 2026 r. zaplanowane jest 7,9 mld zł i blisko 2,5 mld zł na sam pilotaż centrum zdrowia psychicznego w modelu wspólnotowym.

Wyniki badań są zbieżne i pokazują, że około 15–25% dorosłych Polaków doświadczyło lub doświadczy w ciągu życia co najmniej jednego zaburzenia psychicznego. W skali 12 miesięcy około 13% dorosłych może doświadczać kryzysów psychicznych, które prawdopodobnie będą wymagać wsparcia specjalistów (Moskalewicz i Wciórka, 2021). Przy ostrożnych szacunkach dotyczących osób potrzebujących wsparcia system ochrony zdrowia psychicznego powinien mieć zdolność objęcia opieką inkluzywną **około 4 mln dorosłych**, choć mogą być to wartości niedoszacowane, np. ze względu na współchorobowość (por. Vigo i in., 2016). Aby w pełni zrozumieć skalę zaniechania, musimy spojrzeć przez pryzmat niezaspokojonych potrzeb i umowy społecznej. Zestawienie danych epidemiologicznych (EZOP I i II) z realną wydolnością systemu ujawnia dramatyczną prawdę: **blisko 1,9 mln obywateli nie ma dostępu do powszechnej i publicznej ochrony zdrowia psychicznego w momencie potencjalnego kryzysu psychicznego**. Ta 50-procentowa luka w dostępności to nie pusty wskaźnik ekonomiczny – to niemal 2 mln osób, dla których konstytucyjna obietnica ochrony zdrowia pozostaje martwym zapisem.

Utrzymywanie tak dużego niedofinansowania – a szerzej ujmując: niewydolnego modelu finansowania – nie jest jedynie błędem zarządczym. Jest legitymizacją permanentnego kryzysu w ochronie zdrowia. W obszarze zdrowia psychicznego z epidemiologicznego



**Spotkanie National Advisory Council on Nursing Research, 1959, USA. Zdjęcie to dokumentuje czas, w którym kobiety zaczęły odgrywać kluczowe role w kształtowaniu polityki zdrowotnej i badawczej na szczeblu federalnym w USA**

fot. National Library of Medicine (NLM) / National Institutes of Health (NIH)

**Tabela 5. Wydatki publiczne (rządowe) na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach i regionach**

Regiony i kraje	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kraje Unii Europejskiej	7,35	7,36	8,26	8,26	7,87	7,44
Kraje OECD	7,62	7,74	9,08	8,72	8,28	7,97
Kraje z wysokim dochodem (HIC)	7,47	7,59	9,00	8,59	8,11	7,89
Kraje z wyższym średnim dochodem (UMIC)	3,04	3,08	3,27	3,13	3,38	3,40
Kraje ze średnim dochodem (MIC)	2,67	2,69	2,87	2,80	2,97	3,00
Kraje z wyższym niskim dochodem (LMIC)	1,21	1,22	1,39	1,50	1,46	1,44
Kraje z niskim dochodem (LIC)	1,07	1,07	1,29	1,20	1,09	1,07
Kraje Europy centralnej i kraje bałtyckie	4,84	4,93	5,46	5,57	5,33	5,50
Czechy	6,24	6,33	7,89	7,92	7,18	7,11
Łotwa	3,83	4,11	4,76	6,52	5,25	4,33
Litwa	4,27	4,52	5,09	5,21	4,73	4,76
Słowacja	5,26	5,45	5,67	6,08	6,15	5,80

*Adnotacja.* Miary wskazują % PKB. Dane (SH.XPD.GHED.GD.ZS) za *Global Health Expenditure Database*, aktualizacja na dzień 12 grudnia 2025, World Health Organization, <https://apps.who.int/nha/database> (dostęp: 26.02.2026).

punktu widzenia stanowi zgodę – bierną, związaną z brakiem skutecznego działania kolejnych decydentów – na wykluczenie połowy potrzebującej populacji pacjentów ze sfery publicznej opieki. W obszarze finansowania wymaga to decyzji i akceptacji wydatków na odpowiednim poziomie w opiece psychiatrycznej – 5,7% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>20</sup>. W stosunku do aktualnie planowanych przychodów NFZ na 2026 rok (bez dotacji budżetowej) na zdrowie psychiczne powinniśmy przeznaczyć **12,4 mld zł**, a planujemy włącznie z programem pilotażowym kwotę ok. 10,5 mld zł.

<sup>20</sup> Szacowana kwota jest ujęta w Raporcie końcowym Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego. Zespół przedstawił Raport Ministrowi Zdrowia 30 września 2025 r.

## Medycyna płaskiej krzywej

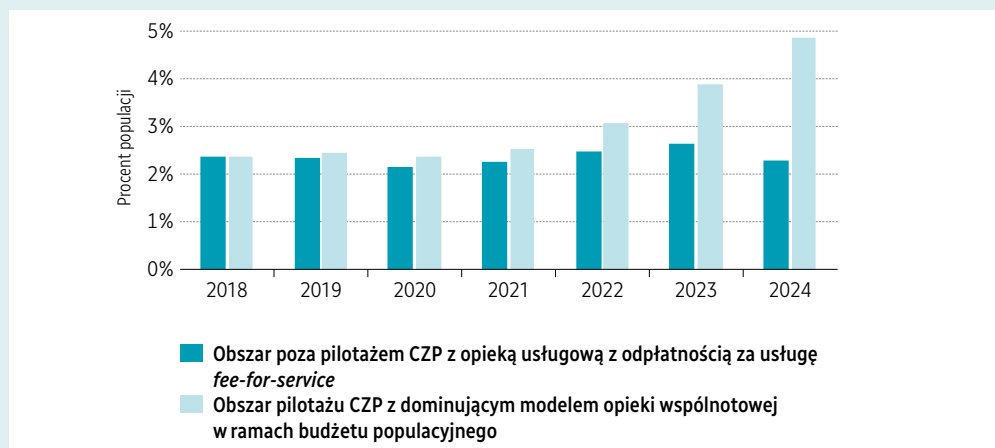
Analizy ekonomiczne wskazują na nieliniową zależność między wydatkami na ochronę zdrowia a wynikami zdrowotnymi, podlegającą prawu malejących wzrostów końcowych (Schoder i Zweifel, 2011). Dotyczy to krajów rozwiniętych – z wysokimi dochodami – do których należy Polska. Dodatkowe środki finansowe korelują z wyraźnym zyskiem zdrowotnym głównie w gospodarkach o niskich i średnich dochodach, gdzie zaspokajane są podstawowe potrzeby sanitarno-medyczne (Gallet i Doucouliagos, 2017). W krajach wysoko rozwiniętych (OECD) efekt ten ulega spłaszczeniu („medycyna płaskiej krzywej”). Po przekroczeniu pewnego progu wydatków (szacowanego na 2116 nominalnych dolarów amerykańskich *per capita* dla 2005 r.) elastyczność wyników zdrowotnych względem wydatków zbliża się do zera, a dalsze inwestycje bez zmian systemowych nie przekładają się na poprawę zdrowia populacji (Anwar i in., 2023; Nixon i Ulmann, 2006; Schoder i Zweifel, 2011). Co więcej, w systemach nieskoordynowanych, takich jak obowiązujący w Polsce, nadmierne wydatki mogą generować efekt odwrotny do zamierzonego poprzez inflację cen usług, zjawisko dostarczanego przez podaż popytu<sup>21</sup> (*supplier-induced demand*) oraz ryzyko związane z naddiagnozowaniem i nadmiernym leczeniem. Prowadzi to do gorszych wskaźników zdrowotnych w porównaniu do państw o niższych, lecz lepiej alokowanych nakładach (Dieleman i in., 2020; Papanicolas i in., 2018).

Globalne analizy dotyczące depresji i zaburzeń lękowych, w tym występujących u młodych dorosłych, wskazują na wielokrotnie dodatni stosunek korzyści do kosztów w relacji do liczby DALY (Stelmach i in., 2022). Przeglądy ekonomiczne prewencji i promocji zdrowia psychicznego potwierdzają, że większość dobrze zaprojektowanych programów jest co najmniej opłacalna, choć część interwencji okazuje się nieefektywna kosztowo. Wyższe nakłady nie gwarantują „lepszego” zdrowia w relacji do wydanych środków (Le i in., 2021; Mutyambizi-Mafunda i in., 2023). Analizy na poziomie systemu – jak badanie skutków „podatku milionerskiego” w Kalifornii – sugerują, że stabilne dodatkowe finansowanie może przekładać się na wymierną poprawę wskaźników zdrowia psychicznego w populacji (Thom, 2022), a ujęcia typu *Disease Control Priorities* konsekwentnie potwierdzają, że pakiety interwencji w obszarze zaburzeń psychicznych należą do najbardziej

---

<sup>21</sup> *Supplier-induced demand* to sytuacja, gdy np. lekarz lub podmiot leczniczy (dostawca usługi) przekonuje pacjenta do zrobienia dodatkowych badań, wizyt czy zabiegów, których ten wcale nie potrzebuje. Zlecane badania nie są do końca uzasadnione klinicznie. Motywacja jest finansowa – np. NFZ dobrze wycenia dane badania diagnostyczne, co umożliwi większy zysk przy stałych kosztach. Pacjent zwykle się zgadza, bo ufa lekarzowi i nie zna się na medycynie, a w efekcie system zdrowotny generuje niepotrzebne koszty dla wszystkich.

**Rysunek 9. Odsetek mieszkańców z danego obszaru (powiat/gmina), leczonych w okresie pilotażu**



*Adnotacja.* Opracowanie własne na podstawie danych z DAiS MZ.

opłacalnych inwestycji zdrowotnych, **o ile są rzeczywiście wdrożone i powiązane ze zmianą modelu opieki** (Levin i Chisholm, 2016; Vigo i in., 2016). Jednocześnie przykłady takich procedur/metod jak leczenie środowiskowe, które angażuje istotne zasoby, ale nie daje spójnych dowodów na redukcję rehospitalizacji czy poprawę wyników klinicznych, wskazują, że argument „więcej pieniędzy na zdrowie psychiczne” musi być ściśle powiązany ze zmianą modelu opieki, wdrażaniem interwencji o udowodnionej skuteczności, priorytetyzacji i nowej architekturze systemu – nie każda złotówka realnie zwiększa skuteczność leczenia i redukuje obciążenie społeczne – robi to tylko ta dobrze ulokowana (Barnett i in., 2018; Mutyambizi-Mafunda i in., 2023). W polskim systemie ochrony zdrowia psychicznego wymaga to przewrotu kopernikańskiego.

$$\begin{cases} x = 16 \sin^3(t) \\ y = 13 \cos(t) - 5 \cos(2t) - 2 \cos(3t) - \cos(4t) \end{cases}$$

Wielomian trygonometryczny Fouriera obrazujący troskę usługową w układzie ptolemejskim z epicyklami<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Wzór jest podany za autorem strony Mathswithmuza. <https://www.facebook.com/share/r/1DoAMez9Ru/>

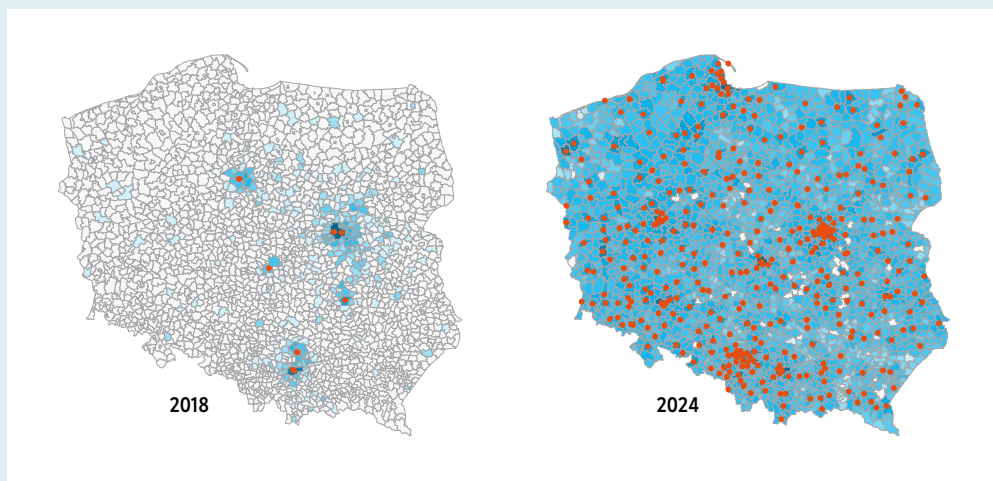
Niestety, przewidywania okazują się błędne – w dominującym modelu opieki usługowej stan pozostaje niezmienny: pacjenci jak stali, tak stoją w kolejkach. Epicyklami w systemie ochrony zdrowia są kolejne regulacje, wagi i ceny za punkt w pojedynczych świadczeniach. Mechanizm dopasowania do obserwowanej rzeczywistości jest podobny do mechanizmów stosowanych przez naukowców starożytności w systemie geocentrycznym. Ponieważ wyniki obliczeń ostatecznie odbiegały od obserwowanej zmienności ruchu planet, to uczniowie Ptolemeusza wprowadzali epicykle – kolejne okręgi – próbując lepiej przewidywać ruch „błądzących gwiazd” na nieboskłonie. Obserwowany ruch był prawidłowo rejestrowany, ale założenie, w którym Ziemia jest w centrum, a Słońce krąży wokół niej, było błędne. Stąd po pewnym czasie okazywało się, że predykcje nie zbiegają się z obserwowanym ruchem planet. Z podobną sytuacją możemy mieć do czynienia w ochronie zdrowia – ruch pacjentów i działania podmiotów leczniczych są prawidłowo rejestrowane, ale kolejne epicykle – „wagi i punkty” – nie pomagają w lepszym ustawieniu całego systemu. Wymaga to zmiany paradygmatu – postawienia w centrum potrzeb zdrowotnych i sposobu ich realizacji przez podmioty lecznicze. Dlatego **opieka psychiatryczna w Polsce wymaga odważnej decyzji** – zerwania z opieką usługową i paternalistyczną. Nie dokona się ono jednak przy zmiennych decyzjach politycznych i negującej postawie urzędników NFZ.

Podobne procesy wzrostu entropii dotknęły reformę w psychiatrii dziecięcej. Stała się ona „ofiara” rozporządzeń i zarządzeń wynikających z zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dominacji fundamentów proporcjonalności i równości. Jedną z takich nieudanych prób wdrożenia koordynacji na poziomie lokalnym będzie współpraca w ramach przeciwdziałania przemocy domowej w społeczności lokalnej na poziomie gminy. Sprowadzenie sesji koordynacji z zespołem interdyscyplinarnym do sprawozdania „PESEL-u pacjenta” ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny w psychiatrii dziecięcej)<sup>23</sup> jest niezrozumieniem idei współpracy na rzecz rodzin doświadczających przemocy domowej. Celem było budowanie przestrzeni do współpracy, nie raportowanie sesji koordynacji. Tę można było raportować bez tej ostatniej zmiany. Zgadzanie się na rozstrzygającą rolę fundamentu proporcjonalności nie pozwala na pełne wykorzystanie potencjału podmiotów leczniczych i skutecznie blokuje realne wdrażanie troski w zdrowiu psychicznym dzieci.

Powstało ponad 530 ośrodków I poziomu referencyjnego, każdy z nich otrzymuje ponad 36 000 zł miesięcznie na wszelkie koszty związane z utrzymaniem ośrodka i koordynacją opieki nad dziećmi. Wprowadzono minimalne wymagania – trzy produkty statystyczne

<sup>23</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43764/Zarządzenie-13\\_2026\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43764/Zarządzenie-13_2026_DSOZ)

**Rysunek 10. Liczba leczonych niepełnoletnich w poszczególnych gminach w poradni psychologicznej dla dzieci, po lewej rok 2018, po prawej rok 2024**



*Adnotacja.* Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, mapy pobrane z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dzieci-i-mlodziez/> (dostęp: 26.02.2026).

sprawozdawane w ramach tego ryczałtu. Trudno zatem oczekiwać, że podmioty lecznicze będą w takim modelu usługowym realizować więcej usług na rzecz niepełnoletnich w społeczności lokalnej. Z czego jednak wynikało założenie, że wystarczy wprowadzić tylko trzy usługi w ramach tak dużego ryczałtu? System będzie wymagał odejścia od ryczałtu (w duchu narracji „podmioty lecznicze to złodzieje”) i możemy się spodziewać jego zniesienia zgodnie z zasadą utylizacji kontraktu. Z perspektywy troski kluczowe byłoby jednak wypracowanie razem z podmiotami leczniczymi takich procedur koordynacji czy opieki stopniowanej, aby można je było wdrażać w ramach ryczałtu.

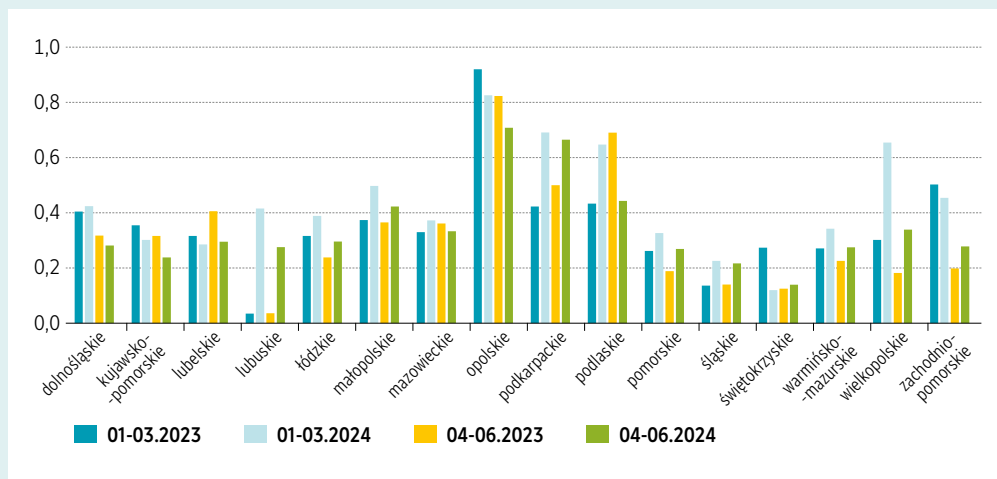
---

Dotychczasowe zmiany w systemie ochrony zdrowia psychicznego pokazują, że decydenci preferują układ ptolemejski w opiece zdrowotnej. Wyjaśnianie „ruchu” istotnych części systemu oraz ruchu pacjentów (kolejki, nieodwoływane wizyty) przez wprowadzanie „korektorów” przypomina dodawanie epicykli, które – do czasu kolejnego kryzysu – pozwalają utrzymać iluzję przewidywalności systemu.

---

Radycznie zwiększyliśmy dostępność do usług dla dzieci, jednak wdrożyliśmy klasyczny model opieki usługowej, w której niepełnoletni i jego rodzina weszli do kolejek. Kod pocztowy przypisany do adresu zamieszkania nadal decyduje o standardzie leczenia

**Rysunek 11. Średnia liczba sesji koordynacji na jednego niepełnoletniego pacjenta w poradni psychologicznej dla dzieci w poszczególnych kwartałach 2023 i 2024 r.**



*Adnotacja.* Nazwy województw są w układzie alfabetycznym. Dane pozyskane z NFZ.

w modelu troski usługowej. Dodatkowo cechujący nas jako Polaków klimat nieufności nie sprzyja budowaniu odpowiedzialności za potrzeby zdrowotne dzieci i dorosłych w społecznościach lokalnych. Trzecia strona leczenia – opiekunowie prawni i obowiązek edukacyjny/szkolny – jest marginalizowana i wręcz niemożliwe staje się to, by skutecznie włączyć ją w proces wsparcia. Jest to przykład rozwiązań organizacyjno-finansowych,



**Rodzina między Tulelake a Fresno. Awaria samochodu. Siedmioro dzieci i brak jedzenia, sierpień 1936 r.**

fot. Biblioteka Kongresu USA

które mogły minimalizować krzywdę najmłodszych, ale nie podejmujemy skutecznie tego wysiłku pomimo zdolności organizacyjnych do wdrażania troski inkluzywnej czy wspólnotowej.

W kontekście transformacji opieki psychiatrycznej troska o zdrowienie powinna być bezwarunkowym filarem, który wymaga nie tylko deklaracji woli. Kluczowe jest podjęcie działań i zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Definicja potrzeb zdrowotnych powinna być opisana w ramach analiz epidemiologicznych i odpowiedzialności terytorialnej (obszar, który podmioty lecznicze są w stanie zabezpieczyć we współpracy z innymi instytucjami państwa). Odejście od dominacji opieki usługowej wymaga przebudowy – zaplanowanej – systemu z tradycji neoliberalnej do modelu inkluzywnego z interwencjami opartymi na EBM. Zmiana ta nie może być fasadowa i polegać jedynie na modyfikacji warstwy językowej w przepisach, ale powinna być zmianą paradygmatu organizacji, finansowania i kontroli efektów zdrowotnych w społecznościach lokalnych. Wymaga ona uznania wśród decydentów politycznych, ich legitymizacji i wsparcia w przebudowie systemu w kierunku troski inkluzywnej jako docelowego rozwiązania.



**Opieka medyczną zapewniana przez administrację federalną USA  
najbiedniejszym rodzinom dotkniętym Wielkim Kryzysem, luty 1939,  
Visalia, Kalifornia, USA.**

fot. Dorothea Lange, Biblioteka Kongresu USA



## Pomiędzy wyzwaniem a możliwościami: zdolności organizacyjne

---

**P**omimo braku legitymizacji politycznej – stanu tymczasowości i niepewności – podmioty lecznicze działające w psychiatrii dorosłych od czasu ostatniego rozszerzenia programu złożyły ponad 100 aplikacji z propozycją organizacji centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych na ich obszarze działania. Mamy więc zdolności organizacyjne, aby rozszerzyć dostęp do centrów zdrowia psychicznego prawie w całej Polsce. Możemy to pod pewnymi warunkami zrobić w ciągu jednego roku / dwóch lat. Koszt rozszerzenia centrów zdrowia psychicznego na drugie 50% populacji dorosłej Polski to 2,5 mld zł. Biorąc pod uwagę, że wspomniane podmioty lecznicze mają już umowy z NFZ w tożsamych zakresach na kwotę blisko 1,5 mld zł, wymagałoby to dodatkowego 1 mld zł. W planie budżetu NFZ na 2026 r. w pozycji B2.4 (opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień) zaplanowano wzrost o około 1,3 mld zł. Wydaje się, że przy aktualnych środkach finansowych jesteśmy w stanie poszerzyć sieć centrów zdrowia psychicznego, aby objąć minimum 80% populacji dorosłych w 2027 r. Ta dodatkowa kwota byłaby realna w ramach 5,7% budżetu NFZ, który byłby przeznaczony na cały zakres opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>24</sup>.

Dlatego wyzwaniem w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień nie są środki finansowe. Realizację idei centrów zdrowia psychicznego poważnie komplikują zmiany demograficzne postępujące w szybkim tempie. Tworzenie programów profilaktycznych i terapii celowanych dla osób w wieku senioralnym staje się trudne w ramach podejścia neoliberalnego. Choroby o podłożu organicznym, np. choroba Alzheimera i jej konsekwencje w obszarze zdrowia psychicznego, będą stanowić coraz większy odsetek wśród leczonych pacjentów. Ta choroba jest najczęstszą formą demencji w Polsce,

---

<sup>24</sup> Zgodnie z ostatnią nowelizacją planu finansowego NFZ na 2025 rok na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień oraz pilotaż centrum zdrowia psychicznego wydamy 9 mld zł. Do osiągnięcia wskaźnika 5,7% brakuje 3,38 mld zł. Dane dotyczące planu finansowego są podane za Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 94/2025/DEF z dnia 28 listopada 2025 r. [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43705/Zarządzenie-94\\_2025\\_DEF](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43705/Zarządzenie-94_2025_DEF)

stanowi 60–70% przypadków zachorowań neurodegeneracyjnych (Karczewska i Bień, 2019; Skowronek i in., 2023). W 2018 r. liczba osób z demencją przekraczała 525 tys. (1,38% populacji) z prognozą wzrostu do ponad 1 mln do 2050 r. (3,23%). Zapadalność rośnie z wiekiem, jest wyższa u kobiet i w starszych kohortach wiekowych. Drugim problemem jest ciężki przebieg depresji, który wśród seniorów może mieć głównie przyczyny środowiskowe. Samotność osób starszych staje się problemem społecznym, związanym z utratą bliskich, izolacją społeczną (Surkalim i in., 2022) czy pogłębiającymi się chorobami somatycznymi (Nguyễn i in., 2025). Badania wskazują na umiarkowanie wysoki poziom samotności u 21% starszych mężczyzn, z wyższymi wskaźnikami wśród osób samotnych, bezrobotnych lub o niskim statusie ekonomicznym (Dziedzic i in., 2025).

Dane z Eurostatu wskazują na długoterminowy spadek populacji oraz wzrost udziału osób starszych zwiększający presję na system ubezpieczeń zdrowotnych (Eurostat, 2025). Komisja Europejska (2024) prognozuje, że do 2070 r. populacja UE zmniejszy się o 4%, przy czym odsetek osób powyżej 65 lat wzrośnie z 19% w 2020 r. do 28% w 2050 r. Metaanalizy (GBD 2021 Europe Life Expectancy Collaborators, 2025) pokazują, że poprawa oczekiwanej długości życia w Europie (1990–2021) wynikała głównie z redukcji chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych. W przypadku chorób NCD (*non-communicable diseases*) obserwuje się odwrócenie trendu. Raporty organizacji międzynarodowych, takich jak WHO i OECD, podkreślają, że NCD powodują 89% zgonów w Europie (WHO, 2025), a największą lukę w leczeniu NCD w krajach OECD obserwuje się w Polsce (NCD Countdown 2030 Collaborators, 2025).

Spadek wizyt domowych u osób w wieku senioralnym podczas pandemii pogłębił nierówności regionalne w Polsce i innych krajach Europy Środkowej (Nguyễn i in., 2025). Ograniczona dostępność zasobów wymaga świadomych decyzji alokacyjnych,



**Zajęcia szkolne dla dzieci migrantów pod drzewami eukaliptusowymi w obozie rolniczym, 1937 r.**

fot. Dorothea Lange, Biblioteka Kongresu USA



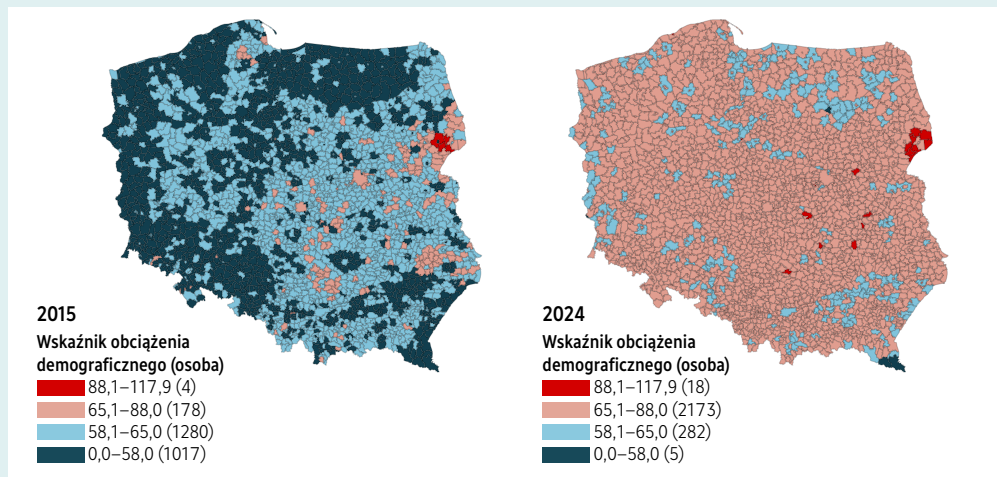
**Publiczny ośrodek  
zdrowia, lata 60. XX wieku**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

np. priorytetyzacji grup wiekowych lub schorzeń. Kontraktowanie opierające się na zasadzie „gdzie podmiot leczniczy zarejestruje poradnię, tam będzie ona zakontraktowana” jest dyskryminujące dla osób starszych podlegających wykluczeniu komunikacyjnemu. W Europie, gdzie migracja i NCD pogłębiają nierówności, troska o grupy szczególnie wrażliwe musi być zrównoważona sprawliwą dystrybucją zasobów, co pozwoli uniknąć dyskryminacji całych grup pacjentów (Rechel i in., 2013). Przyjęty w Polsce model UHC z zasady obejmuje opieką wszystkich. W Konstytucji RP jako umowie społecznej przyjęto, że istnieje szczególna grupa potrzebujących. Mogą być oni traktowani w sposób wyjątkowy w ramach usług publicznych. Sama zasada kontraktowania tego nie uwzględnia – ani w ramach lokowania obszarów kontraktowania, ani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025 poz. 328)<sup>25</sup>.

W ramach fundamentu moralnego troski można tak rozwijać opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, aby centra zdrowia psychicznego stawały się zwinnymi organizacjami, które będą zaspokajały potrzeby społeczności lokalnej, realizując programy dla seniorów. Z dostępnych danych wynika, że przy obecnych założeniach UHC nie jesteśmy w stanie pokryć wszystkich potrzeb zdrowotnych osób starszych. Nie jest to wyłącznie problem polski (Meulman i in., 2024).

<sup>25</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250000328>

**Rysunek 12. Wskaźnik obciążenia demograficznego w gminach w latach 2015 i 2024**

*Adnotacja.* Wskaźnik obciążenia demograficznego to liczba ludności w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym. Relacja liczby ludności w grupach wieku wynikających z ustawowej zdolności do pracy: wiek produkcyjny dla kobiet wynosi 18–59 lat, dla mężczyzn 18–64 lata, osoby młodsze i starsze zaliczane są do osób w wieku nieprodukcyjnym. Przy aktualnym wskaźniku dzietności na ten wskaźnik największy wpływ mają osoby w wieku poprodukcyjnym.

Koszty leczenia seniorów w Polsce są wyższe ze względu na dłuższe hospitalizacje i złożone przypadki ze średnim kosztem hospitalizacji na poziomie 6 357 zł dla osób 65+ vs 4 907 zł dla młodszych (Pobrotyn i in., 2019). W 2023 r. refundacje NFZ na leczenie szpitalne seniorów 60+ stanowiły 55,6% całkowitych wydatków, a na leki – 65%, czyli 7,4 mld zł (GUS, 2023). Choroby osób starszych, w tym przede wszystkim współchorobowość (np. otyłość) zwiększają koszty opieki długoterminowej, potencjalnie do 2,1% PKB w prognozie do 2070 r. (Kalbarczyk i Mackiewicz-Łyziak, 2022).

W perspektywie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych umowa społeczna i założenia UHC stają się iluzją opieki zdrowotnej. Frustracja rodzi się wśród pacjentów, osób zarządzających podmiotami leczniczymi i środkami publicznymi oraz wśród decydentów. Stoimy przed ogromną pokusą „zrobienia czegoś”, ale bez przypisania fundamentowi troski rozstrzygającej roli.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jakby pomijała tę niezbędną rolę rozstrzygającą fundamentu troski, a przyznawała ją fundamentom proporcjonalności i równości. To przekonanie zarządzających środkami

**Tabela 6. Niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich z przyczyn finansowych, długiej listy oczekujących lub odległości do ośrodka/lekarza**

Region	Grupy wiekowe	2021	2022	2023	2024
EU 27	Od 16 do 29 lat	2,5	2,3	2,3	3,0
	Od 16 do 64 lat	3,0	3,1	3,2	3,5
	Powyżej 65 lat	3,6	3,9	4,1	3,9
Polska	Od 16 do 29 lat	2,8	1,9	3,4	2,7
	Od 16 do 64 lat	4,0	3,3	5,1	4,8
	Powyżej 65 lat	4,8	3,8	5,7	6,1

*Adnotacja.* Dane przedstawiają odsetek populacji deklarującej niezaspokojone potrzeby w zakresie ochrony zdrowia. Eurostat: [https://doi.org/10.2908/HLTH\\_SILC\\_08B](https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_08B)

publicznymi o prymacie tylko jednego fundamentu pomija istotną rzecz – Polska nie jest jednolita pod względem dostępu do usług medycznych i możliwości ich rozwoju, również w sferze reagowania na potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Prawidłowe alokowanie zasobów w ramach UHC nie oznacza „sprawiedliwie tak samo dla wszystkich i wszędzie”. Wymaga rzetelnych danych dotyczących potrzeb zdrowotnych, aby uczciwie lokować ograniczone środki finansowe przy aktualnych zasobach organizacyjnych sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej.



**Państwowy Szpital dla Psychiczenie Chorych w Kulparkowie  
(pod Lwowem), lata 1918–1939**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



## Pomiędzy szansą a upadkiem: „czarna owca” w medycynie

---

**H**istoria reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w USA (Lieberman i Ogas, 2020) i w Polsce pod wieloma względami jest podobna. Postęp jest skokowy, nieliniowy, z ciągłą próbą wdrożenia naukowych podstaw projektowanych zmian i uzasadnień do nich. W tym duchu 2025 rok nie przyniósł polskiej psychiatrii oczekiwanej stabilizacji i przejścia z fazy eksperymentu do fazy rozwiązania systemowego. Przyniósł natomiast kolejne odroczenie wyroku, które w języku urzędniczym nazwano „zapewnieniem ciągłości”. Podpisanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 19 listopada 2025 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2025 poz. 1626) należy odczytywać nie jako sukces negocjacyjny środowiska, lecz jako objaw paraliżu decyzyjnego na styku Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów leczniczych (w tym szpitali psychiatrycznych) oraz środowiska reformatorskiego/ekspertów. Decyzja ta – oficjalnie motywowana dbałością o pacjenta oraz potrzebą czasu na wypracowanie docelowych rozwiązań – w rzeczywistości wynika z braku konsensusu wokół wartości, na których te rozwiązania mają się opierać. Próby uzyskania konsensusu są rozwiązaniami wypracowane i przedstawione w raporcie końcowym Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego wraz z harmonogramem prac. Aktualne opóźnienia w harmonogramie wpisują się w kulturę organizacyjną w ochronie zdrowia, gdzie **dominuje fundament proporcjonalności** (rozumiany także jako technokratyczna kontrola nad zasobami), a fundament troski zostaje odsunięty na dalszy plan, jeśli chodzi o podejmowane decyzje. Przedłużenie stanu tymczasowości o kolejne 12 miesięcy – do 31 grudnia 2026 r. – jest dowodem na to, że państwo polskie w ciągu blisko ośmiu lat trwania pilotażu (2018–2025) nie potrafi zbudować konsensusu politycznego wokół reformy.

Dotychczas „czarną owcą” w medycynie była psychiatria jako ta dziedzina, która jest niedoinwestowana, stygmatyzowana, zamykana w azylach. Obecnie jednak „czarną owcą” staje się sam projekt reformy środowiskowej wewnątrz struktur decyzyjnych państwa. Analiza wypowiedzi kluczowych aktorów sceny politycznej ujawnia z jednej strony deklaracje polityczne dotyczące rozwoju programu pilotażowego, np. minister zdrowia Izabela Leszczyńska zapewniała, że „centra zdrowia psychicznego będą funkcjonowały w 2025 r. i w latach kolejnych” i że „nie ma mowy o powrocie do zakładów

zamkniętych”<sup>26</sup>. Wiceminister Wojciech Konieczny mówił, że „determinacja we wprowadzeniu tej reformy jest duża”, zapowiadając pokrycie siecią CZP całego kraju. Niestety, zgodnie z **logiką proceduralną** biurokracji odrzucającą model troski inkluzywnej jako „zbyt drogi” i „zbyt trudny do kontroli” w porównaniu do prostego płacenia za usługę, oddalany jest moment ostatecznego rozstrzygnięcia pilotażu na rzecz realnej zmiany sytuacji pacjentów. W ramach „wyższej konieczności” zostaną przyjęte rozwiązania wpisujące się w logikę, przeciwko której protestowano 5 grudnia 2024 r.<sup>27</sup>

Obawiamy się, że przyjęte rozwiązania będą polegały na lekkiej korekcie systemu, dodaniu kolejnych epicykli w niefunkcjonalnym i niespójnym z rzeczywistymi potrzebami układzie ptolemejskim. Fundamentem tych rozwiązań pozostaje model troski usługowej oraz – wynikająca z braku zaufania – zasada przeciwdziałania oszustwu, która przedkłada szczelność systemu nad jego efektywność terapeutyczną. Z perspektywy pacjenta takie podejście będzie skutkowało komodyfikacją zaburzeń psychicznych. Głównym beneficjentem nie będzie wówczas system rozumiany jako tworzenie i rozwój wartości publicznej, ale market usług komercyjnych zarządzanych przez mniejszy lub większy kapitał. Niestety nie mamy takich danych, ale warto poddać analizie rotację personelu w psychiatrii. Może się okazać, że największym beneficjentem rozwoju kadr w obszarze zdrowia psychicznego, szczególnie dzieci, jest komercyjny sektor usług rozwijający wartość prywatną<sup>28</sup>.

Za pozostawieniem troski poza obszarem rozstrzygających decyzji stoi mur urzędniczego i zawodowego oporu przed zmianą. Stwierdzenie: „Jeżeli sytuacja się zmieni i CZP będą nadal funkcjonowały [...], to budżet Funduszu je obejmie. Dokładnie tak było w tym roku [...] płacimy za jego realizację”<sup>29</sup>, wynika z troski o środki publiczne, ale też świadczy o bierności instytucjonalnej. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest zwolennikiem centrów zdrowia psychicznego. To instytucja, która „zapłaci, jeśli będzie

<sup>26</sup> <https://www.termedia.pl/mz/Bez-powrotu-do-zakladow-zamknietych,59311.html>

<sup>27</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Nie-cofajcie-nam-psychiatrii-do-sredniowiecza-Protest-w-obronie-centrow-zdrowia-psychicznego,265892,16.html>

<sup>28</sup> Lista przykładowych projektów EFS: 1) <https://www.gov.pl/web/zdrowie/113-umiejtnosci-w-sektorze-zdrowia---przeprowadzenie-kształcenia-i-podniesienie-kompetencji-pracownikow-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-młodziezy-zagrożonych-wystąpieniem-zaburzeń-psychicznych>; 2) <https://www.gov.pl/web/zdrowie/113-doskonalenie-zawodowe-pracownikow-systemu-ochrony-zdrowia-z-zakresu-leczenia-uzależnień>; 3) <https://www.power.gov.pl/nabory/1-221/>

<sup>29</sup> <https://www.termedia.pl/mz/O-1-2-mld-zi-mniej-na-psychiatrie-NFZ-odpowiedzial,64048.html>



**Pacjentka wraz  
z opiekującymi się nią  
pielęgniarkami**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

musiała”, jeśli „sytuacja się zmieni”. Symbolicznym momentem tego konfliktu było zakończenie prac Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego we wrześniu 2025 r., po którym Ministerstwo Zdrowia nie komunikowało swoich planów, zapadła cisza „legislacyjna”, a w dalszej kolejności nastąpiła dewaluacja członków Zespołu („lobbyści”). Choć Zespół z trudem wypracował końcowe rekomendacje<sup>30</sup>, to Płatnik kolejny raz złożył zdanie odrębne<sup>31</sup>. Nie niesie ono ze sobą wartości merytorycznej, nie pokazuje, w jaki sposób Płatnik rozwiązuje zidentyfikowane problemy. Być może nie musi, bo jego rolą nie jest aktualizowanie wiedzy i kompetencji swojej kadry w obszarze wiedzy medycznej w zdrowiu psychicznym. Nie podano jednak żadnego uzasadnienia merytorycznego dla zmiany modelu testowanego w pilotażu. Dlaczego powinniśmy wdrażać inny model niż testowany? W jaki sposób model NFZ zmieni sytuację pacjentów w kryzysie psychicznym? Transformacja opieki psychiatrycznej jest procesem – czy przyjęte rozwiązania gwarantują ciągłość tego procesu?

To „zdanie odrębne” jest w istocie wotum nieufności Płatnika wobec założeń reformy. Bez legitymizacji NFZ dla opieki inkluzywnej w opiece psychiatrycznej będzie trudno wdrożyć rzeczywistą zmianę. Nie wyjdziemy z ptolemejskiego układu odniesienia dla obserwowalnych wyników. Nie zdobędziemy się na odwagę kopernikańskiej zmiany, czyli przewidywalności działania centrów zdrowia psychicznego i wbudowania

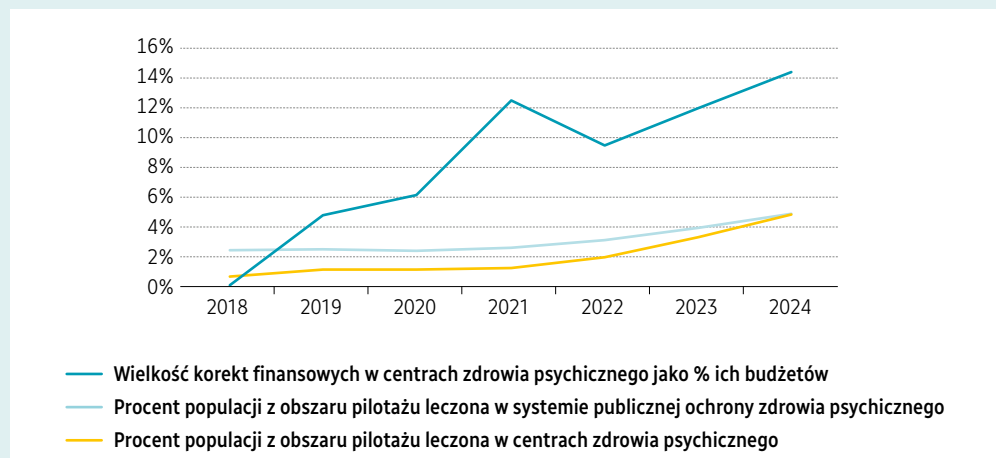
<sup>30</sup> Raport końcowy jest dostępny od 17.02.2026 na stronach Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-koncowy-zespołu-do-spraw-zmian-systemowych-w-centrach-zdrowia-psychicznego>

<sup>31</sup> Zdanie odrębne w całości zostało opublikowane jako Załącznik pod adresem: <https://www.termedia.pl/mz/Czas-decyzji-eksperci-komentuja-zmiany-w-CZP,66090.html>

w legislację potencjału rozwoju centrów zdrowia psychicznego. Co więcej, oznacza to także minimalizację ryzyk dzięki wiedzy wyniesionej z ośmioletniego pilotażu (por. Patel i in., 2023). W naszej opinii jednym z głównych elementów jest sposób finansowania centrów zdrowia psychicznego. Ryczałt na populację naliczany *per capita* okazał się odporny na pandemię COVID-19 oraz w zdecydowanej większości zapewnia stopniowe zwiększanie rozpowszechnienia leczonych, co zbliża jego wskaźniki do wartości pożądanых z perspektywy epidemiologicznej. Co ważne, przy relatywnie tych samych nakładach finansowych<sup>32</sup>.

Opierając się na fundamencie proporcjonalności rozumianym jako weryfikowalność każdej złotówki, Płatnik kwestionuje mechanizmy ryczałtowe, które są „silnikiem” reformy wspólnotowej i inkluzywnej. NFZ woli model usługowy (płacenie za punkt/wizytę), podczas gdy reforma wymaga modelu budżetowego/populacyjnego (płacenie za odpowiedzialność za zdrowie mieszkańców). Ten dysonans na poziomie założeń i aksjologii sprawia, że mimo upływu lat reforma wciąż tkwi w fazie pilotażu – bo system finansowy lub informatyczny nie potrafi przejść do innego schematu i wskaźników monitorowania efektywności wydatkowania środków publicznych.

**Rysunek 13. Mieszkańcy obszaru pilotażu a wielkość korekt budżetów centrum zdrowia psychicznego**



*Adnotacja.* Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ (rozliczenia CZP) oraz DAiS.

<sup>32</sup> Stawka *per capita* rosła zgodnie z ustawowymi podwyżkami w ochronie zdrowia, nie w związku z liczbą czy zakresem wykonywanych świadczeń gwarantowanych przez CZP.

Przedłużenie pilotażu może stać się „szansą” na dopracowanie standardów i pełne wdrożenie opieki inkluzywnej, ale może też być preludium do cichego „upadku”<sup>33</sup> idei psychiatrii środowiskowej poprzez jej demontowanie metodą faktów dokonanych i przemyślaną biurokratyzację. Istnieje realne ryzyko, że kolejne miesiące doprowadzą do nieodwracalnej erozji entuzjazmu środowiska. Placówki, które weszły do pilotażu w 2018 r., funkcjonują w trybie „testowym” już blisko dekadę. Brak stabilizacji prawnej (ustawowej) i pewności finansowania po 2026 r. powoduje, że menedżerowie podmiotów leczniczych prowadzących centra zdrowia psychicznego wstrzymują inwestycje w infrastrukturę, a personel – zmęczony niepewnością – migruje poza CZP lub do sektora prywatnego, w którym oferuje się jasne zasady gry bez zbędnego obciążenia administracyjnego w modelu troski usługowej.

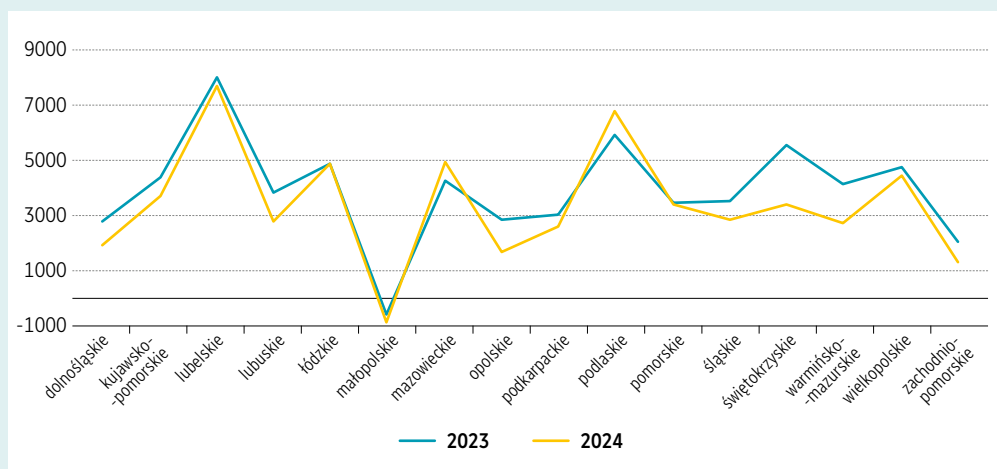
Jeśli rekomendacje Zespołu ds. zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego nie zostaną w pełni wdrożone (a jedynie wybiórczo, jak stawka ryczałtu lub nieprze-myślane wskaźniki), to reforma ulegnie degeneracji. Centra zdrowia psychicznego zaczną przypominać zwykłe przychodnie walczące o punkty, a idea koordynacji i pracy w środowisku zaniknie pod presją sprawozdawczości NFZ. Będzie to „upadek” cichy, niewidoczny w nagłówkach gazet, polegający na powrocie do modelu troski usługowej, który system informatyczny coraz dokładniej i sprawniej obsługuje, mając **narzędzia skutecznej kontroli każdego produktu sprawozdawczego**.

„Szansą” na zmianę pozostaje paradoksalnie skala kryzysu i rosnąca świadomość społeczna. Wzrost zapotrzebowania na pomoc psychiatryczną oraz presja mediów i organizacji pacjenckich sprawiają, że całkowite wycofanie się z modelu opieki środowiskowej – wspólnotowej lub inkluzywnej – byłoby politycznym błędem. Komunikaty Ministerstwa Zdrowia o „priorytecie psychiatrii” i systematycznym zwiększaniu środków muszą jednak zostać przekute w twarde prawo, efektywny monitoring realizacji potrzeb i efektów zdrowotnych oraz realną zmianę modelu opieki. Zwiększanie nakładów na opiekę psychiatryczną musi być powiązane z rozwojem oferty dla osób w wieku senioralnym, wymaganiem leczenia mającym udowodnioną skuteczność kliniczną oraz systemowym wsparciem podmiotów leczniczych. Nie wydarzy się to bez MZ, a zaangażowanie NFZ – nie w próbę przeformułowania pilotażu w mobilne poradnie, ale we wsparcie i monitorowanie opieki inkluzywnej – może być pozytywne z perspektywy pilotażu.

<sup>33</sup> <https://www.termedia.pl/mz/Czas-decyzji-eksperci-komentuja-zmiany-w-CZP,66090.html>

Dobrym przykładem takiej roli NFZ w opiece psychiatrycznej jest województwo małopolskie<sup>34</sup>. Proces zmian uzgodnili i wsparli istotni lokalni interesariusze, tj. pacjenci, ich rodziny, samorząd województwa, wojewódzki oddział NFZ, środowisko akademickie, zarządzający podmiotami leczniczymi oraz zaangażowane zespoły terapeutyczne. Zbudowano zdolności organizacyjne, pozwalające na transformację całego systemu. Dzięki czemu skutecznie udało się zredukować liczbę łóżek psychiatrycznych – do oczekiwanego poziomu zarysowanego w założeniach pilotażu, tj. 25 łóżek na 100 000 mieszkańców pełnoletnich.

**Rysunek 14. Nadwykonania, czyli różnica pomiędzy wskaźnikiem osobodni na 25 łóżek a sumą osobodni w 2023 i 2024 r. na 100 000 mieszkańców**



*Adnotacja.* Wykres odnosi się do realizacji wskaźnika: 25 łóżek na 100 000 pełnoletnich mieszkańców w poszczególnych województwach. Nazwy województw są w układzie alfabetycznym. Wskaźnik dla Małopolski jako jedyny jest poniżej zakładanej wielkości. Pokazano sumaryczną liczbę osobodni powyżej liczby 9125, które są górną granicą przy wskaźniku 25 łóżek w populacji 100 000 mieszkańców dorosłych. Dane NFZ.

<sup>34</sup> Więcej informacji zostało przedstawionych w trakcie panelu „Wspólne tworzenie wartości publicznej w ochronie zdrowia: sukces małopolski w odwracaniu piramidy świadczeń opieki psychiatrycznej” na konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2026”, Zamek Królewski w Warszawie, 29.01.2026.



**Troska wobec osób, które same nie mogą sobie pomóc**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

Historia reformy polskiej psychiatrii w latach 2018–2025 to w istocie historia walki dwóch porządków. Z jednej strony jest to dominacja fundamentu troski reprezentowanej przez reformatorów, pacjentów i część decydentów, dążenie i pragnienie wdrożenia systemu inkluzywnego, opartego na epidemiologii i odpowiedzialności terytorialnej, relacji i wspólnocie oraz poszanowaniu praw człowieka. Z drugiej strony mamy też troskę wśród urzędników, decydentów i części środowiska, ale rozstrzygająca jest proporcjonalność – przeciwdziałanie oszustwu. Z natury rzeczy ten fundament dąży do minimalizacji ryzyka, szczegółowej standaryzacji raportowania procedur sprawozdawczych i obniżania kosztów, co w praktyce oznacza nie tyle konserwację modelu paternalistyczno-usługowego, ile nieustanne poprawianie. To poprawianie służy temu, aby zgodnie z fundamentem proporcjonalności „wagi” i „punkty” lepiej pasowały do obserwowanej rzeczywistości. Problem jednak istnieje nadal, ponieważ w rzeczywistości inny cel powinien być lokowany w centrum systemu ochrony zdrowia, niż wskazywałyby na to indywidualne doświadczenia i prosta obserwacja.

Decyzja o przedłużeniu pilotażu do 2026 r. jest rozejmem w wielopłaszczyznowym konflikcie, ale nie jej końcem. Jeśli Ministerstwo Zdrowia nie znajdzie w sobie siły, by stać się „dobrym pasterzem” dla tej „czarnej owcy” medycyny i nie włączy aktywnie Płatnika w działania na rzecz zmiany modelu opieki, to psychiatria jako zakres medycyny utraci szansę na rozwój. Zaangażowanie NFZ wymaga zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz rozporządzeń, np. OWU, (Dz.U. 2025 poz. 400), aby centra zdrowia psychicznego nie dryfowały pod ciężarem własnej tymczasowości i naturalnej dla każdego systemu usług publicznych entropii.



## **Lekarz z pacjentem**

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe



## Odpowiedzialność decydentów

---

**P**ocząwszy od 2017 r. wprowadzono istotne zmiany legislacyjne w ochronie zdrowia w Polsce, które dotyczą także opieki psychiatrycznej i mogą zostać relatywnie szybko wdrożone w centrach zdrowia psychicznego (por. Mikos i in., 2017). Skuteczność ich implementacji uwarunkowana jest jednak determinacją polityczną oraz spójnością działań na poziomie wykonawczym, ze szczególnym uwzględnieniem relacji operacyjnych pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia a podmiotami leczniczymi. Z perspektywy reformy szczególnym sprzymierzeńcem jest ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz akty wykonawcze dotyczące wskaźników jakości (Dz.U. 2023 poz. 1692; Dz.U. 2024 poz. 1349). W kontekście nowej „architektury prawnej” mamy unikalną szansę na systemową reorientację, w której fundament troski – rozumiany w sposób inkluzywny – stanie się wartością nadrzędną, realnie implementowaną i monitorowaną.

Z jednej strony formuła pilotażu centrów zdrowia psychicznego ogranicza kluczowe ryzyko systemowe, polegające na fasadowości zmian, gdzie samo nałożenie obowiązków nie gwarantuje procesu uczenia się organizacji. Struktura pilotażu pozwala uniknąć sytuacji, w której raportowanie produktów statystycznych postrzegane jest jako narzędzie represji. W zamian za to promuje kulturę sprawiedliwego traktowania (*just culture*; por. Mołdach, 2026). Z drugiej strony pilotaż ujawnia kluczowe ryzyko systemowe: samo ustanowienie obowiązków i instytucji nie gwarantuje uczenia się, a raportowanie wskaźników może być odbierane jako narzędzie kontroli nastawionej na sankcje, a nie realne monitorowanie realizacji potrzeb zdrowotnych. W ramach prac Zespołu ds. zmian systemowych przedstawiciele Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego zaprezentowali propozycję wskaźników jakościowych oraz metodologię ich pomiaru. Celem tych działań było zachowanie mechanizmu „uczącego się systemu”, w tym wprowadzenie możliwości benchmarkingu (analizy porównawczej) poszczególnych ośrodków i powiązany z nim stopień finansowania. Zaprzaszczenie kapitału ludzkiego i społecznego, zgromadzonego wokół pilotażu, byłoby błędem o charakterze systemowym. Dotyczy to w szczególności osiągnięć interesariuszy i obligatariuszy w regionach takich jak Małopolska, gdzie transformacja zyskała realny wymiar praktyczny i może przejść do stabilnej fazy zachowania i rozwijania troski wspólnotowej czy inkluzywniej.

Polski system ochrony zdrowia psychicznego znajduje się obecnie w punkcie krytycznym. To moment zwrotny (*turning point*), który otwiera perspektywę na realną poprawę sytuacji osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi. Obserwujemy eskalację kryzysu, manifestującą się chronicznym przeciążeniem kadr, głęboką fragmentacją opieki oraz pogłębiającymi się nierównościami w dostępie do świadczeń przy jednoczesnym gwałtownym wzroście potrzeb społecznych. Z drugiej strony Polska dysponuje obecnie unikalnymi zasobami organizacyjnymi oraz optymalnym momentem do przeprowadzenia skutecznej transformacji. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), wspierając nasz wysiłek związany z transformacją opieki psychiatrycznej, przedstawiła syntetyczną, a zarazem pogłębioną analizę kluczowych wyzwań. Rekomendacje te precyzyjnie wyznaczają priorytety polityczne oraz kierunki działań niezbędne do budowy nowoczesnego systemu psychiatrii środowiskowej. Szybka ocena pilotażu (*rapid assessment*) WHO przeprowadzona na zlecenie Ministerstwa Zdrowia pokazała, że Polska przechodzi z etapu dominacji psychiatrii szpitalnej do modelu opartego na opiece środowiskowej zorientowanego na zdrowienie i funkcjonowanie w społeczności. Pilotaż potwierdził, że zmiana systemowa jest wykonalna, a lokalne rozwiązania działają i mogą być skalowane. Zaniechanie płynnego przejścia od fazy testowej do pełnoskalowego wdrożenia wiąże się z wysokim ryzykiem erozji dotychczasowych osiągnięć oraz bezpowrotnego rozproszenia zgromadzonych zasobów.

Zidentyfikowane problemy przedstawiane i omawiane od 2011 r. wielokrotnie w trakcie posiedzeń komisji i podkomisji sejmowych i senackich, w tym kolejne kontrole NIK – brak zinstytucjonalizowanego mechanizmu koordynacji i opieki stopniowanej, niespójne ścieżki opieki, niedostateczna nawigacja pacjenta, rozdrobnione finansowanie, brak jednolitych standardów oraz niewystarczające wykorzystanie danych – nie



### Informacja o szczurach w szpitalu

fot. Narodowe Archiwum Cyfrowe

stanowią argumentu przeciwko transformacji. Przeciwnie, tworzą jasną mapę obszarów wymagających wspólnego i skoordynowanego działania. Podstawowym wnioskiem płynącym z analizy jest **imperatyw redefinicji i uzgodnienia wspólnej wartości publicznej**. Musi być ona rozumiana jako nadrzędny cel obejmujący poprawę jakości życia i bezpieczeństwa pacjentów przy jednoczesnym wzmacnianiu odporności społecznej (*resilience*) oraz efektywności alokacji zasobów. Bez szerokiego konsensusu interesariuszy – obejmującego decydentów, świadczeniodawców, kadrę medyczną, samorządy oraz organizacje pacjenckie – nawet najlepiej opracowane modele pozostaną jedynie martwymi zapisami biurokratycznymi, pozbawionymi sprawczej mocy wdrożeniowej.

Wymaga to silnego, kompetentnego przywództwa oraz zarządzania opartego na odwadze w rozstrzyganiu konfliktów wartości z perspektywy fundamentu troski (model inkluzywny), a także trwałego mechanizmu koordynacji i pomiaru postępów transformacji. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i pilotaż centrum zdrowia psychicznego przekroczył dawno horyzont jednej kadencji. Analogicznie niezbędne działania wykraczają poza możliwości jednego departamentu, jednej instytucji czy jednej kadencji Sejmu. To właśnie stanowi przesłankę i nadzieję, że pojawi się lider w ochronie zdrowia psychicznego, który zechce zbudować konsensus i podjąć wysiłek w kierunku tworzenia warunków dla troski – ochrony przed krzywdzeniem. Tego aktualnie potrzebuje coraz większa liczba pacjentów i ich rodzin, w tym dzieci i młodzieży, podmiotów leczniczych oraz personelu medycznego.

## Bibliografia

---

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., García-Sánchez, J. A., Moreno-Küstner, B., Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(2), 129–144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>

Akhtar, M. U., Awan, M. S., Afzal, M. F., Awan, A. G., Ali, S. (2025). What factors influence patient autonomy in healthcare decision-making? A systematic review of studies from the Global South. *Nursing Ethics*, *32*(3), 875–891. <https://doi.org/10.1177/09697330241272794>

Ali, S., Santomauro, D., Ferrari, A. J., Charlson, F. (2022). Excess mortality in severe mental disorders: A systematic review and meta-regression. *Journal of Psychiatric Research*, *149*, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.036>

Allen, D. E., Fetzer, S., Siefken, C., Nadler-Moodie, M., Goodman, K. (2019). Decreasing physical restraint in acute inpatient psychiatric hospitals: a systematic review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *25*(5), 405–409. <https://doi.org/10.1177/1078390318817130>

Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(11-12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>

Anwar, A., Hyder, S., Mohamed Nor, N., Younis, M. (2023). Government health expenditures and health outcome nexus: a study on OECD countries. *Frontiers in Public Health*, *11*, Article 1123759. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123759>

Aragonés-Calleja, M., Sánchez-Martínez, V. (2024). Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *33*(2), 259–280. <https://doi.org/10.1111/inm.13248>

Atari, M., Haidt, J., Graham, J., Koleva, S., Stevens, S. T., Dehghani, M. (2023). Morality beyond the WEIRD: How the nomological network of morality varies across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *125*(5), 1157–1188. <https://doi.org/10.1037/pspp0000470>

Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Caldas-de-Almeida, J. M., Eaton, J., Gureje, O., Hanlon, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Saraceno, B., Saxena, S., Tedeschi, F., Thornicroft, G. (2021). Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *The British Journal of Psychiatry*, *218*(4), 185–195. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.144>

Beauchamp, T. L. i Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. wyd.). Oxford University Press.

- Belayneh, Z., Chavulak, J., Lee, D. C. A., Petrakis, M., Haines, T. P. (2024). Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion, and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1256–1281. <https://doi.org/10.1111/jocn.17041>
- Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S., Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013–1022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1)
- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M., Jeffery, D. (2009). Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(4), 260–271. <https://doi.org/10.1080/01612840802710829>
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jeffery, D., Nijman, H., Owiti, J. A., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Christiansen, I. (2017). Commodification of healthcare and its consequences. *World Review of Political Economy*, 8(1), 82–103. <https://doi.org/10.13169/worlrevipoliecon.8.1.0082>
- Chong, Y., Wang, C., Min, H., Zhang, L., Zhi, T., Wu, X., Wang, Y. (2024). Physical restraint experience of patients with mental disorders in mainland China: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 431–444. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S438269>
- Coldwell, C. M., Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393–399. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.393>
- Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028>
- de Cuyper, K., Vanlinthout, E., Vanhoof, J., van Achterberg, T., Opgenhaffen, T., Nijs, S., Peeters, T., Put, J., Maes, B., Van Audenhove, C. (2023). Best practice recommendations on the application of seclusion and restraint in mental health services: An evidence, human rights, and consensus-based approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(3), 580–593. <https://doi.org/10.1111/jpm.12890>

- Daguman, E. I., Yoxall, J., Lakeman, R., Hutchinson, M. (2025). Maximising relational capabilities and minimising restrictive practices in acute mental health units: the Safe Steps for De-escalation evaluation. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, Article 1676743. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1676743>
- Dieleman, J. L., Cao, J., Chapin, A., Chen, C., Li, Z., Liu, A., Horst, C., Kalasi, A., Stish, D., Bui, A. L., Campbell, M., Duber, H. C., Dunn, A. C., Flaxman, A. D., Fitzmaurice, C., Naghavi, M., Sadat, N., Shinde, P., Squires, E. [...], Murray, C. J. L. (2020). US health care spending by payer and health condition, 1996–2016. *JAMA*, *323*(9), 863–884. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0734>
- Dike, C. C., Lamb-Pagone, J., Howe, D., Beavers, P., Bugella, B. A., Hillbrand, M. (2021). Implementing a program to reduce restraint and seclusion utilization in a public-sector hospital: Clinical innovations, preliminary findings, and lessons learned. *Psychological Services*, *18*(4), 663–670. <https://doi.org/10.1037/ser0000502>
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R. C., Coffey, J., Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, Article CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
- Dziedzic, B., Kobos, E., Przylepa, K., Idzik, A. (2025). Loneliness and depression among men in Poland: Cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *13*, Article 1539822. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1539822>
- Eiroa-Orosa, F. J., García-Mieres, H. (2019). A systematic review and meta-analysis of recovery educational interventions for mental health professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46*(6), 724–752. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9>
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *JAMA*, *267*(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.267.16.2221>
- Esposito, L., Pérez, F. M. (2014). Neoliberalism and the commodification of mental health. *Humanity & Society*, *38*(4), 414–442. <https://doi.org/10.1177/0160597614544958>
- Eurostat (2025). *Population structure and ageing*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing)
- Finch, K., Lawrence, D., Williams, M., Thompson, A., Hartwright, C. (2022). A systematic review of the effectiveness of Safewards: Has enthusiasm exceeded evidence? *Issues in Mental Health Nursing*, *43*(2), 119–136. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1967533>
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. A., Brophy, L. (2019). Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria Australia: Staff perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, Article 462. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00462>
- Gallet, C. A., Doucouliagos, H. (2017). The impact of healthcare spending on health outcomes: A meta-regression analysis. *Social Science & Medicine*, *179*, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.024>

Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., [...], Lohr, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), 819–831.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>

GBD 2021 Europe Life Expectancy Collaborators (2025). Changing life expectancy in European countries 1990–2021: A subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(3), e197–e207.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00009-X)

Gerdtz, M., Daniel, C., Jarden, R., Kapp, S. (2020). Use of the Safewards Model in healthcare services: A mixed-method scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(12), e039109.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039109>

Goncerz, S., Depukat, A., Tymiński, R. (2025). *Raport Porozumienia Rezydentów OZZL dot. dyżurów całodobowych w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych*. <https://rezydenci.org.pl/2025/10/05/raport-porozumienia-rezydentow-ozzl-dot-dyzurow-calodobowych-w-trakcie-specjalizacji-z-psy-chiatrii-doroslych/>

GUS (2023). *The situation of older people in Poland in 2023*. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/en/defaultaktualnosci/3618/1/6/1/the\\_situation\\_of\\_older\\_people\\_in\\_poland\\_in\\_2023.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/en/defaultaktualnosci/3618/1/6/1/the_situation_of_older_people_in_poland_in_2023.pdf)

Haidt, J. (2024). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka*. Zys i S-ka Wydawnictwo.

Haig, S., Hallett, N. (2023). Use of sensory rooms in adult psychiatric inpatient settings: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 54–75. <https://doi.org/10.1111/inm.13065>

Han, H.-R., Miller, H. N., Nkimbeng, M., Budhathoki, C., Mikhael, T., Rivers, E., Gray, J., Trimble, K., Chow, S., Wilson, P. (2021). Trauma informed interventions: A systematic review. *PLoS ONE*, 16(6), e0252747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252747>

Harvey, C., Zirnsak, T.-M., Brasier, C., Ennals, P., Fletcher, J., Hamilton, B., Killaspy, H., McKenzie, P., Kennedy, H., Brophy, L. (2023). Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: A systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1259944. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1259944>

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet. Psychiatry*, 1(6), 467–482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

Hoffart Lunding, S., Kreis, I. V., Rødevand, L., Aas, M., Frogner Werner, M. C., Torp Johansen, I., [...], Steen, N. E. (2025). Self-harming behavior linked to earlier onset of cardiovascular disease in severe mental disorders. *European Psychiatry*, 68(1), e143.

<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10106>

von Humboldt, S., Silva, S., Leal, I. (2024). Back to kindergarten? Paternalistic care behavior in healthcare contexts and older adults' mental health. *Social Sciences*, 13(9), Article 437. <https://doi.org/10.3390/socsci13090437>

Jaiswal, A., Carmichael, K., Gupta, S., Siemens, T., Crowley, P., Carlsson, A., Unsworth, G., Landry, T., Brown, N. (2020). Essential elements that contribute to the recovery of persons with severe mental illness: A systematic scoping study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 586230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586230>

Kalbarczyk, M., Mackiewicz-Łyziak, J. (2022). Long-term care costs and obesity – projections for Poland. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 203, 235–245. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.09.014>

Karczewska, B., Bień, B. (2019). Dementia in the aging population of Poland: Challenges for medical and social care. *Health Problems of Civilization*, 13(3), 161–169. <https://doi.org/10.5114/hpc.2019.81339>

Kaur, J., McNamara, S. (2025). *Patient restraint and seclusion*. W *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565873>

Kersting, X. A. K., Hirsch, S., Steinert, T. (2019). Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 400. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00400>

Kisely, S., Wyder, M., Dietrich, S., Robinson, J., Siskind, D., Crompton, D. (2024). The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(7), 555-570. <https://doi.org/10.1177/00048674241246436>

Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., Kessler, R. C. (2015). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15–27. <https://doi.org/10.12740/PP/30811>

Klein, K., Selman, C., Kochar, A., Shellshear, D., Borland, M. L., George, S., [...], Bourke, E. M. (2025). Non-pharmacological de-escalation techniques used to manage acute severe behavioural disturbance in children and adolescents presenting to emergency departments: secondary analysis of a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2025-328921>

Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, B. B., Nadkarni, A., Pedersen, G. A., Singla, D. R., Patel, V. (2018). The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: A meta-review of components and competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), Article 1279. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>

Komisja Europejska (2024). *2024 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU member states (2022-2070)*. <https://doi.org/10.2765/022983>

Krachler, N., Greer, I., Umney, C. (2022). Can public healthcare afford marketization? Market principles, mechanisms, and effects in five health systems. *Public Administration Review*, 82(5), 876–886. <https://doi.org/10.1111/puar.13388>

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J., Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597–607. <https://doi.org/10.1177/0969733007080205>

Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Winkler, D., Lee, Y. Y., Porritt, K., Carter, R. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Med*, 18(5), e1003606. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Levin, C., Chisholm, D. (2016). Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. W: V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan i M. E. Medina-Mora (red), *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. Disease Control Priorities* (3rd Edition, 4th Volume, s. 219–256). World Bank. [https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0426-7\\_ch12](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0426-7_ch12)

Lewis, C. L., Yan, A., Williams, M. Y., Apen, L. V., Crawford, C. L., Morse, L., Valdez, A. M., Alexander, G. R., Grant, E., Valderama-Wallace, C., Beatty, D. (2023). Health equity: A concept analysis. *Nursing Outlook*, 71(5), 102032. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102032>

Lieberman, J. A., Ogas, O. (2020). *Czarna owca medycyny. Niedopowiedziana historia psychiatrii*. Wydawnictwo Poznańskie.

Lim, C. T., Caan, M. P., Kim, C. H., Chow, C. M., Leff, H. S., Tepper, M. C. (2022). Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 73(2), 180–187. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000473>

Lupton, D. (2014). The commodification of patient opinion: The digital patient experience economy in the age of big data. *Sociology of Health & Illness*, 36(6), 856–869. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12109>

Maguire, T., Ryan, J., Fullam, R., McKenna, B. (2022). Safewards Secure: A Delphi study to develop an addition to the Safewards model for forensic mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 418–429. <https://doi.org/10.1111/jpm.12827>

Matthews, G., Burris, S., Ledford, S. L., Gunderson, G., Baker, E. L. (2017). Crafting Richer Public Health Messages for A Turbulent Political Environment. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23(4), 420–423. <https://doi.org/10.1097/phh.0000000000000610>

- McGinty, E. E., Alegria, M., Beidas, R. S., Braithwaite, J., Kola, L., Leslie, D. L., [...], Eisenberg, M. D. (2024). The *Lancet Psychiatry* Commission: transforming mental health implementation research. *The Lancet Psychiatry*, 11(5), 368–396. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00040-3)
- McKinstry, B. (1992). Paternalism and the doctor–patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 42(361), 340–342.
- Melillo, A., Sansone, N., Allan, J., Gill, N., Herrman, H., Morales Cano, G., Rodrigues, M., Savage, M., Galderisi, S. (2025). Recovery-oriented and trauma-informed care for people with mental disorders to promote human rights and quality of mental health care: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 25(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06473-4>
- Meulman, I., Uiters, E., Cloin, M., Polder, J., Stadhouders, N. (2024). Systematic review of individual-level, community-level, and healthcare system-level factors contributing to socioeconomic differences in healthcare utilisation in OECD countries with universal health coverage. *BMJ Open*, 14(3), e080559. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080559>
- Mikos, M., Budzowska, J., Juszczak, G., Czerw, A., Banaś, T., Urbaniak, M. (2017). Conclusions from the analysis of adverse events in the Polish health care system in judicial decisions of civil courts between 2011 and 2013. *Polish Archives of Internal Medicine*, 127(7-8), 564–566. <https://doi.org/10.20452/pamw.4081>
- Molloy, R., Brand, G., Munro, I., Pope, N. (2023). Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1662–1673. <https://doi.org/10.1111/jocn.16151>
- de Montesquieu, C. (1927). *O duchu praw*. F. Hoesick. <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/o-duchu-praw.html>
- Mołdach, R. (red.) (2026). *Ponad kadencjami, ponad podziałami. Wartość publiczna jako strategia reformy systemu zdrowia*. Fundacja Porozumienie dla Wartości Publicznej. <https://doi.org/10.66081/sbsi5926>
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.
- Moore, M. H. (2013). *Recognizing public value*. Harvard University Press.
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (red.) (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Moskalewicz, J., Wciórka, J. (red.) (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowania – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Mutyambizi-Mafunda, V., Chola, L., Silk, K., Firth, J., White, R. G., Tewari, S. (2023). Economic evaluations of psychological treatments for common mental disorders in low- and middle-income countries: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 38(2), 239–260. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac069>
- Najwyższa Izba Kontroli (NIK) (2021, 29 czerwca). *Funkcjonowanie Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (R/19/002/KZD)*. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/R/19/002/KZD/>
- Najwyższa Izba Kontroli (NIK) (2024, 18 listopada). *Opieka psychiatryczna dla dorosłych w województwie wielkopolskim (I/23/002/LPO)*. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/I/23/002/LPO/>
- National Institute for Health and Care Excellence (2015, 28 maja). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health, and community settings* [NICE Guideline No. NG10]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/Introduction>
- Nguyễn, V. K., Reuter, A., Abd El Aziz, M., Bärnighausen, T. (2025). Trends in outpatient health-care visits among adults aged 50 years and older in 27 European countries: analysis of population-based survey data, 2004–2022. *The Lancet Regional Health. Europe*, 57, Article 101407. <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2025.101407>
- NCD Countdown 2030 collaborators. (2025). Benchmarking progress in non-communicable diseases. *The Lancet*, 406(10357), 1113–1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01388-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01388-1)
- Nixon, J., Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and caveats for a causal link. *The European Journal of Health Economics*, 7(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0336-8>
- O'Malley, J. E., Frampton, C., Wijnveld, A.-M., Porter, R. J. (2007). Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 3(2), 93–100. <https://doi.org/10.1017/S1742646407001124>
- Oostermeijer, S., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., Fletcher, J., Brophy, L. (2021). Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: A rapid systematic review. *BMJ Open*, 11(7), e046647. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046647>
- Osborne, S. P., Powell, M., Cui, T., Strokosch, K. (2022). Value creation in the public service ecosystem: An integrative framework. *Public Administration Review*, 82(4), 634–645. <https://doi.org/10.1111/puar.13474>
- Papanicolaos, I., Woskie, L. R., Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA*, 319(10), 1024–1039. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O'Neill, K., Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *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)

- Price, O., Burberry, P., Leonard, S.-J., Doyle, M. (2016). Evaluation of Safewards in forensic mental health. *Mental Health Practice*, 19(8), 14–21. <https://doi.org/10.7748/mhp.19.8.14.s17>
- Pizza L., Ronfard S., Coley J. D., Kelemen, D. (2023). Why we should care about moral foundations when preparing for the next pandemic: Insights from Canada, the UK, and the US. *PLoS ONE*, 18(5), e0285549. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285549>
- Plahouras, J. E., Körner, A., Østfold, I. J., Øster, C., Lau, B., Jørgensen, R., Nordentoft, M. (2020). Experiences with legally mandated treatment in patients with schizophrenia: A systematic review of qualitative studies. *European Psychiatry*, 63(1), e39. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.37>
- Pobrotyn, P., Susło, R., Witczak, I. T., Rypicz, Ł., Drobnik, J. (2019). An analysis of the costs of treating aged patients in a large clinical hospital in Poland under the pressure of recent demographic trends. *Archives of Medical Science*, 16(3), 666–671. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.81132>
- Puschner, B., Nakku, J., Hiltensperger, R., Wolf, P., Adler Ben-Dor, I., Bugeiga, F., [...], Slade, M. (2025). Effectiveness of peer support for people with severe mental health conditions in high-, middle- and low-income countries: multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10299>
- Rabben, M. B., Thomassen, Ø. (2019). Humane treatment versus means of control: coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978. *History of Psychiatry*, 30(4), 424–442. <https://doi.org/10.1177/0957154X19867256>
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., McKee, M. (2013). Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874), 1312–1322. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62087-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X)
- Reeder, L. G. (1972). The patient–client as a consumer: Some observations on the changing professional–client relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 13(4), 406–412. <https://doi.org/10.2307/2136833>
- Rojas Vistorte, A. O., Silva Ribeiro, W., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., Mari, J. J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(4), 317–338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>
- Ronaldson, A., Elton, L., Jayakumar, S., Jieman, A., Halvorsrud, K., Bhui, K. (2020). Severe mental illness and health service utilisation for nonpsychiatric medical disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 17(9), e1003284. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003284>
- Saraceno, B., Caldas de Almeida, J. M. (2022). An outstanding message of hope: the WHO World Mental Health Report 2022. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000373>
- Sharp, H., Johnson, J., Brennan, C., Baker, J. (2025). The management of patients who self-harm in adult inpatient mental health settings: A policy analysis of English NHS mental health trusts. *PLoS One*, 20(7), e0327358. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327358>

- Shay, L. A., Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114–131. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551638>
- Schoder, J., Zweifel, P. (2011). Flat-of-the-curve medicine: a new perspective on the production of health. *Health Economics Review*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/2191-1991-1-2>
- Simpson, A., Ali, R. A., Chadwick, M., Foye, U., Brennan, G. (2024). Implementing Safewards on Children and Young People's Wards: A Process and Outcomes Evaluation. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(6), 563–579. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2347507>
- Skowronek, A., Bojkowska-Otrębska, K., Łabuz-Roszak, B. (2023). Public knowledge about dementia in Poland – A survey study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(24), Article 7675. <https://doi.org/10.3390/jcm12247675>
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
- Steinert, T., Baumgardt, J., Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Cole, C., Flammer, E., Jaeger, S., Junghanss, J., Kampmann, M., Mahler, L., Muche, R., Sauter, D., Vandamme, A., Hirsch, S. (2023). Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet Regional Health. Europe*, 35, Article 100770. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100770>
- Stelmach, R., Kocher, E. L., Kataria, I., Jackson-Morris, A. M., Saxena, S., Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: A modelling study. *BMJ Global Health*, 7(6), e007759. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 376, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *World Health Organ*, 98, 52–58. <https://doi.org/10.2471/blt.19.234906>
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka: Tom 2. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D'Lima, D., Adam, S., Ashrafian, H., Darzi, A., Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: A systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e030230. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030230>
- Thom, M. (2022). Can additional funding improve mental health outcomes? Evidence from a synthetic control analysis of California's millionaire tax. *PLoS ONE*, 17(7), e0271063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271063>

- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. (2009). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113–122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R. (2022). The *Lancet* Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Timmermans, S., Almeling, R. (2009). Objectification, standardization, and commodification in health care: A conceptual readjustment. *Social Science & Medicine*, 69(1), 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.020>
- Touitou-Burckard, E., Coldefy, M., Bourin, C., Ellini, A., Saetta, S., [...], Gandré, C. (2025). Behind closed doors: Unlocking hospital variations in the use of seclusion and mechanical restraint – a nationwide multilevel analysis in adult mental healthcare in France. *BMC Psychiatry*, 25, Article 1014. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07404-z>
- Tyerman, Z., Mehaffey, J. H., Hawkins, R. B., Dahl, J., Narahari, A., Chancellor, W. Z., [...], Ailawadi, G. (2021). History of serious mental illness is a predictor of morbidity and mortality in cardiac surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 111(1), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.04.118>
- Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Voldby, K. G., Hellström, L. C., Berg, M. E., Eplöv, L. F. (2022). Structural discrimination against people with mental illness: A scoping review. *SSM – Mental Health*, 2, 100117. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100117>
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., Korsbek, L. (2016). Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469>
- World Health Organization (WHO) (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/b/57927>
- World Health Organization (WHO) (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization (WHO) (2025). *New data: noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year*. <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data--noncommunicable-diseases-cause-1-8-million-avoidable-deaths-and-cost-us-514-billion-USD-every-year--reveals-new-who-europe-report>
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2025). *Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland, and Norway*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12709-52483-81031>

Woodnutt, S., Hall, S., Libberton, P., Ball, J., Dall'Ora, C., Griffiths, P. (2025). The association between nurse staffing and conflict and containment in acute mental health care: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(2), e70039. <https://doi.org/10.1111/inm.70039>

Yates, N. J., Lathlean, J. (2022). Exploring factors that influence success when introducing "The Safewards Model" to an acute adolescent ward: A qualitative study of staff perceptions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 35(3), 218–229. <https://doi.org/10.1111/jcap.12365>

Yurtbasi, M. K., Melvin, G., Pavlou, C., Gordon, M. (2023). Staff perspectives on the effects of seclusion in adolescent psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(2), 567–578. <https://doi.org/10.1111/inm.13102>

Zaami, S., Rinaldi, R., Bersani, G., Marinelli, E. (2020). Restraints and seclusion in psychiatry: Striking a balance between protection and coercion. Critical overview of international regulations and rulings. *Rivista di Psichiatria*, 55(1), 16–23. <https://doi.org/10.1708/3301.32714>



**Szpital psychiatryczny św. Elżbiety to pierwszy federalny zakład dla chorych psychicznie, założony w 1855 r.**

fot. Biblioteka Kongresu USA



## Komentarze

---

### Regina Bisikiewicz



Założycielka i prezes Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu. Od 2011 r. wspomaga swoim doświadczeniem liderów zmian, kształtuje w społeczeństwie nowe postawy, a przede wszystkim odkrywa potencjał drzemiący w ludziach. Gorąco wierzy, że dzięki współpracy pracowników ochrony zdrowia, decydentów, osób doświadczonych i rodzin zaangażowanych w działalność organizacji pozarządowych można dokonać epokowej zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia psychicznego. Włączyła się w proces zmian m.in. jako członek zespołu ekspertów przygotowujących NPOZP na lata 2016–2020. Była też autorką ekspertyzy projektu Ustawy o zdrowiu publicznym (druk 3675) na zlecenie Biura Analiz Sejmowych. W latach 2019–2021 była członkiem Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia. Organizatorka ponad dwudziestu konferencji, w tym międzynarodowych, promujących nowe podejście do zdrowia psychicznego i potrzebę gruntownej reformy systemu.

**J**ako matka, która od lat towarzyszy bliskiej osobie w powrocie do pełni zdrowia po głębokim kryzysie psychicznym, czytam raport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” nie jak analizę prawną, lecz jak opis codzienności tysięcy rodzin. Dla nas troska nie jest kategorią filozoficzną ani hasłem w strategii – jest pytaniem, czy ktoś odbierze telefon, gdy nasze dziecko mówi, że nie chce żyć? Czy w stanie psychozy zostanie wysłuchane, czy unieruchomione pasami na wiele godzin? Czy system zobaczy w nim człowieka, czy „przypadek do rozliczenia”?

Raport trafnie pokazuje napięcie pomiędzy fundamentem troski a proporcjonalnością rozumianą jako technokratyczna kontrola kosztów i ryzyk. Z perspektywy rodziny ten spór nie jest abstrakcyjny. Oznacza on wybór pomiędzy systemem, który organizuje

pomoc wokół cierpienia człowieka i daje mu szansę na wyzdrowienie, a systemem, który tę pomoc planuje w tabeli w Excelu. Gdy dobro pacjenta przestaje być rozstrzygającym kryterium legislacyjnym, pojawia się instytucjonalna krzywda – nie jako suma jednostkowych błędów, lecz konsekwencja konstrukcji prawa i wyceny świadczeń.

Jako rodzice doświadczyliśmy modelu, w którym bliska osoba była wielokrotnie hospitalizowana, izolowana, pozbawiona wpływu na decyzje dotyczące własnego życia. Doświadczyliśmy bezradności wobec przepisów, które pozwalają, by jeden lekarz odpowiadał za setki pacjentów. W medycynie somatycznej byłoby to nie do przyjęcia. Nie jest to jednak wina pojedynczych lekarzy czy pielęgniarek, lecz efekt systemu, który nie uczynił troski fundamentem rozstrzygającym.

Dlatego centra zdrowia psychicznego są dla rodzin nadzieją. Nadzieją na opiekę blisko domu, bez odsyłania „na później”, bez konieczności wędrowania od instytucji do instytucji. Pozwalają wierzyć, że zostanie przyjęty model inkluzywny, w którym osoba w kryzysie jest obywatelem z pełnią praw, a nie biernym przedmiotem oddziaływań. W takim modelu liczą się relacje, sens i uczestnictwo, nie zaś wyłącznie redukcja objawów osoby w kryzysie, a współdecydowanie, wsparcie rówieśnicze i głos rodziny nie są dodatkiem, lecz standardem.

Przedłużający się pilotaż stawia nas dziś pomiędzy szansą a upadkiem. Każdy rok „tymczasowości” to rok niepewności dla zespołów i rodzin. Jeśli rekomendacje wypracowane przez ekspertów, praktyków, rodziny i asystentów zdrowienia zostaną wdrożone wybiórczo – reforma rozmyje się w biurokracji. Centra staną się zwykłymi przychodniami, a idea odpowiedzialności terytorialnej i pracy środowiskowej zniknie pod ciężarem sprawozdawczości.

W imieniu rodzin domagamy się, by państwo polskie jednoznacznie opowiedziało się po stronie troski rozumianej jako ochrona przed krzywdą i aktywne promowanie dobrostanu swoich. Troska nie stoi w sprzeczności z racjonalnością finansową. Przeciwnie – system oparty na wczesnej interwencji, pracy środowiskowej i współodpowiedzialności społecznej jest bardziej efektywny długofalowo niż kosztowna spirala hospitalizacji i wykluczenia. Nadszedł moment decyzji: czy zdrowie psychiczne pozostanie „czarną owcą” medycyny, czy stanie się obszarem, w którym Polska pokaże, że potrafi budować system oparty na godności, prawach człowieka i realnej odpowiedzialności za obywatela. Dla nas – rodzin – nie jest to spór ideowy. To kwestia życia, nadziei i przyszłości naszych dzieci i wnuków.

## dr hab. Beata Buchelt, prof. UEK



Ekspert MZ ds. analiz kapitału ludzkiego, członek: Rady Akredytacyjnej przy MZ, Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Rady Ekspertów NIL, Rady Programowej Polskiej Federacji Szpitali, Rady Naukowej Fundacji Nie Widać Po Mnie, Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Opieki Zdrowotnej, a także wielu zespołów eksperckich związanych z projektowaniem i wdrażaniem metod i narzędzi ZZL. Dyrektor Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia UEK oraz programu MBA in Healthcare Krakowska Szkoła Biznesu UEK. Wykładowca i profesor wizytujący w University of Michigan Health-West, Grand Valley State University, Roosevelt University oraz Pforzheim University. Współpracownik European Observatory on Health Systems and Policies (EuroWHO). Stypendystka Senior Fulbright Awards, w ramach którego zrealizowała projekt badawczy pt. „High Performance Work Practices: Physicians’ Perspective”. Od ponad 20 lat badaczka obszaru zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Autorka kilkudziesięciu publikacji związanych z zarządzaniem personelem w podmiotach medycznych, w tym monografii nagrodzonej przez Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN pt. *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*. Inicjatorka studiów podyplomowych dla personelu pielęgniarskiego (kierunek zarządzanie w podmiotach ochrony zdrowia – perspektywa kapitału ludzkiego), jak również studiów menadżerskich dla personelu pielęgniarskiego.

**Z** mieszanką zaciekawienia i ekscytacji, wynikającą z rangi stojącego przede mną zadania, podjęłam się przygotowania komentarza do niniejszego raportu. Jako specjalistka ds. zarządzania w ochronie zdrowia już po wstępnej lekturze utwierdziłam się w zasadności tej decyzji. Choć cel publikacji został przez autorów jasno zdefiniowany, skłania ona do znacznie głębszej, wielowymiarowej refleksji, wykraczającej poza obszar samej psychiatrii.

Zasadniczą zaletą opracowania jest rzetelne odwołanie się do baz wiedzy – danych statystycznych oraz publikacji naukowych. Warto zaznaczyć, że bibliografia obejmuje 120 pozycji, co nadaje raportowi charakter naukowy o wyraźnych implikacjach praktycznych. Dyskurs prowadzony przez autorów ujawnia zarówno ich zacięcie akademickie, jak i biegłość w analizowanych zagadnieniach. To udana próba wieloaspektowego wglądu w rzeczywistość opieki psychiatrycznej z perspektywy medycznej, ekonomicznej oraz zdrowia publicznego.

Kluczowe znaczenie ma tutaj upodmiotowienie pacjenta, choć narracja słusznie uwzględnia także wątki retencji personelu medycznego. Argumentacja wskazująca na strategiczne znaczenie psychiatrii jest w pełni uzasadniona. Jako społeczeństwo starzejące się, funkcjonujące w niepewnym świecie BANI, już w drugiej dekadzie XXI wieku mierzyliśmy się z alarmującym stanem zdrowia psychicznego. Skutki pandemii oraz wojny w Ukrainie spowodowały akcelerację zapotrzebowania na te świadczenia.

Postulaty zawarte w raporcie korelują z oficjalną polityką zdrowotną państwa. Centra zdrowia psychicznego (CZP) postrzegam jako odpowiedź na koncepcję „odwróconej piramidy świadczeń”. Autorzy, przywołując filozoficzne definicje dobra wspólnego, stawiają fundamentalne pytanie o wartość publiczną: czy jest nią zrównoważony budżet, czy dobrostan pacjenta? Moim zdaniem to wypadkowa obu tych wartości, przy czym priorytetem powinna być dbałość o kapitał ludzki, determinujący długoterminowy potencjał państwa.

Fundamentem oceny efektywności w ochronie zdrowia musi stać się mechanizm oparty na kryteriach jakościowych przy jednoczesnym uwzględnieniu wskaźników finansowych i klinicznych. Autorzy słusznie postulują przejście od modelu „płacenia za procedury” (*pay-for-process*) w stronę „płacenia za wartość” (*pay-for-value*). Trzymanie się sztywnej wyceny procedur prowadzi bowiem do dehumanizacji systemu. Zadaniem na dziś jest faktyczne, a nie pozorne (deklarowane) zdefiniowanie i wdrożenie wskaźników odwołujących się do wartości publicznej w wymiarze finansowym i społecznym oraz ocena inwestycji w zdrowie przez pryzmat tak skonstruowanych wskaźników.

## Grażyna Cebula-Kubat



Lekarz specjalista pediatrii i nefrologii dziecięcej. Przewodnicząca Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Członek: prezydium Forum Związków Zawodowych, Trójstronnego Zespołu Branżowego ds. ochrony zdrowia przy Ministrze Zdrowia, Rady ds. Dialogu ze Związkami Zawodowymi przy Ministrze Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Stały członek Podzespołu ds. Ochrony Zdrowia przy Radzie Dialogu Społecznego oraz Zespołu ds. Wsparcia Zrównoważonego Rozwoju Przedsiębiorstw przy Radzie Ministrów.

**R**aport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” autorstwa Anny Depukat i Tomasza Rowińskiego to dokument ważny, odważny i potrzebny. Pokazuje on coś, o czym środowisko medyczne mówi od lat: że w polskim systemie ochrony zdrowia – a w szczególności w psychiatrii – rozeszły się drogi deklarowanej troski o pacjenta i realnych mechanizmów zarządczych oraz finansowych.

Z perspektywy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wnioski raportu są jednoznaczne. Nie wystarczy zwiększać nakładów ani przedłużać pilotaży. Potrzebna jest głęboka zmiana systemowa – zmiana filozofii zarządzania, która przywróci prymat dobra pacjenta nad biurokratyczną poprawnością i tabelarycznym rozliczaniem świadczeń.

Autorzy słusznie odwołują się do koncepcji Jonathana Haidta i wskazują, że w systemie zdrowia ścierają się różne fundamenty moralne. Jednak w ochronie zdrowia psychicznego – zwłaszcza gdy mówimy o dzieciach, młodzieży i osobach w kryzysie – fundament troski musi być nadrzędny. Nie może być jednym z wielu równorzędnych argumentów w sporze o efektywność finansową, lecz musi stanowić punkt odniesienia dla całej konstrukcji systemu.

Centra zdrowia psychicznego były próbą takiej zmiany – przejścia od modelu opartego na hospitalizacji i rozliczaniu „osobodni” do modelu odpowiedzialności populacyjnej i środowiskowej. Dziś jednak widać wyraźnie, że bez systemowego umocowania, stabilnej legitymizacji politycznej i spójnej wizji końcowego kształtu reformy grozi im dryf organizacyjny. Pilotaż nie może trwać wiecznie. Państwo musi zdecydować, czy chce realnej transformacji, czy powrotu do modelu *business as usual*, który – jak pokazuje raport – już zawiódł.

Z perspektywy lekarzy kluczowe są trzy kwestie.

Po pierwsze – bezpieczeństwo pacjentów. W psychiatrii mówimy o bezpieczeństwie szczególnie: o ochronie życia osób w kryzysie suicydalnym, o bezpieczeństwie dzieci doświadczających przemocy, o stabilności leczenia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Wydłużający się czas hospitalizacji z powodu depresji czy rosnące obciążenie oddziałów nie są jedynie wskaźnikami statystycznymi. To sygnały alarmowe. Jeżeli system nie zapewnia ciągłości opieki środowiskowej, koszt ponoszą pacjenci – a w konsekwencji całe społeczeństwo.

Po drugie – bezpieczeństwo zdrowotne państwa. Kryzys zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nie jest problemem jednej specjalizacji. To kwestia bezpieczeństwa społecznego i przyszłości demograficznej Polski. Państwo, które nie inwestuje w skuteczną, dostępną i dobrze zarządzaną opiekę psychiatryczną, generuje koszty wielokrotnie wyższe w przyszłości – w systemie edukacji, wymiarze sprawiedliwości, pomocy społecznej i na rynku pracy.

Po trzecie – bezpieczeństwo zawodowe lekarzy i całego personelu medycznego. Nie da się budować nowoczesnego modelu opieki bez stabilnych warunków pracy, jasnych zasad finansowania i realnego wsparcia organizacyjnego. Przerzucanie odpowiedzialności między instytucjami, brak spójnego nadzoru nad reformą czy dominacja podejścia kontrolnego nad rozwojowym podważają zaufanie do państwa jako organizatora systemu.

Reforma ochrony zdrowia psychicznego nie jest projektem technicznym, lecz sprawdzianem dojrzałości państwa. Od jej powodzenia zależy bezpieczeństwo Polek i Polaków – dzieci, młodzieży i dorosłych – którzy w kryzysie psychicznym potrzebują nie procedury, lecz realnej, dostępnej i odpowiedzialnej opieki.

## dr n. med. Łukasz Cichocki



Lekarz specjalista psychiatrii dorosłych, psychoterapeuta, nauczyciel akademicki z ponad dwudziestopięcioletnim doświadczeniem. W latach 2015–2020 konsultant wojewódzki ds. psychiatrii Województwa Małopolskiego, od 2022 r. zastępca dyrektora ds. leczenia Szpitala Klinicznego im. J. Babińskiego w Krakowie, w kadencji 2019–2022 członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w kadencji 2022–2025 przewodniczący komisji ds. szpitali PTP.

**A**utorzy zdobyli się na rzadki na polskim rynku wydawniczym przykład pracy integrującej w sobie kilka pozornych przeciwieństw. Łączy ona bowiem erudycję z odwoływaniem się do twardych danych (warto dodać, że pochodzących z bardzo różnorodnych źródeł), umiejętność spojrzenia z metapoziomu z praktycznym doświadczeniem popartym przykładami, wreszcie perspektywę Płatnika z perspektywą użytkownika systemu.

W pracy wskazane są rozliczne trudności, sprzeczności, niedomogi czy błędy systemu (patrz np. likwidacja Biura ds. pilotażu), ale wbrew częstemu utyskiwaniu wskazane są także środki zaradcze.

Autorzy raportu słusznie wskazują na wieloletnią, systemową, strukturalną niesprawiedliwość i nieskuteczność stosowanych w psychiatrii rozwiązań organizacyjnych/finansowych wbrew deklaracjom o kierowaniu się zawsze i wszędzie dobrem pacjenta. Fragment o różnych wartościach, w tym trosce (o pacjenta) i proporcjonalności (trosce o stan finansów publicznych), uważam za szczególnie wartościowy i zgadzam się z konkluzją, że obie te wartości powinny znajdować się w pewnej harmonii, równowadze, jak również z konstatacją, że w rzeczywistości niestety tak nie jest.

Z czym w takim razie trudno mi się zgodzić? Jako dyrektor medyczny dużego szpitala psychiatrycznego mam trudność z przyjęciem daleko idącej krytyki pod adresem takich instytucji. Stosowany przez autorów zabieg wrzucający wszystkie szpitale psychiatryczne „do jednego worka”, używanie określenia „azylowe” w pejoratywnym kontekście, upatrywanie złowrogiego paternalizmu w sytuacjach często rozpaczliwego poszukiwania rozwiązań dla pacjentów znajdujących się w pustce społecznej (DPS naprawdę, przynajmniej w moim przekonaniu, jest lepszym rozwiązaniem od zamarnięcia) świadczy o daleko idącym idealizmie autorów. Przykłady, nie tak znowu rzadkie, krajów, gdzie tego „paternalizmu” brakuje i nadzy pacjenci maszerują po ulicach albo po dokonaniu

czynu karalnego, także z racji na brak zastosowania środków ograniczających swobodę postępowania, lądują na wiele lat na psychiatrii sądowej, nie są moim zdaniem godne naśladowania.

Uwagi krytyczne w żaden sposób nie przekreślają wagi i użyteczności raportu. W polskim piśmiennictwie potrzeba więcej takich prac, inspirujących, pokazujących szerszy kontekst, zachęcających do polemiki, wyrażających troskę o harmonijne respektowanie różnych wartości obecnych w życiu społecznym.

## Janusz Cieszyński



Były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, gdzie odpowiadał m.in. za cyfryzację systemu ochrony zdrowia. Poseł na Sejm X kadencji, członek sejmowej Komisji Zdrowia. Specjalizuje się w zagadnieniach dotyczących efektywności i organizacji ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem roli technologii w poprawie dostępności i jakości świadczeń. Zwolennik podejścia opartego na danych w kształtowaniu polityki zdrowotnej, członek Rady Zdrowia przy Prezydencie RP.

**R**aport stawia trafną diagnozę: polski system ochrony zdrowia psychicznego cierpi na głęboki rozdźwięk między deklarowaną troską o pacjenta a praktyką instytucjonalną zdominowaną przez logikę źle rozumianej kontroli wydatków. Jednocześnie kryzys zdrowia psychicznego to nie tylko krzywda zdrowotna, ale także problem społeczny i gospodarczy. Dlatego znalezienie odpowiednich rozwiązań jest dziś jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed decydentami.

Reforma wdrażająca pilotaż centrów zdrowia psychicznego była wyjątkowa. Podczas gdy jednym z jej głównych orędowników był były minister zdrowia wywodzący się z lewicy, Marek Balicki, została ona wprowadzona przez rządy prawicowe. Dlaczego to tak istotne? Ponieważ każda systemowa zmiana wymaga przywództwa politycznego. A trudno o większy dowód determinacji politycznej niż gotowość przejęcia do realizacji idei oponenta. Jednocześnie działanie ponad podziałami daje większą nadzieję na to, że następcy nie zaniechają zmian w imię politycznej vendetty. Tej nadziei w przypadku CZP mam niestety coraz mniej.

Skąd problemy CZP? Czy wynikają one z niezrozumienia wagi kwestii zdrowia psychicznego przez decydentów z Miodowej 15? Niestety, prawda jest znacznie bardziej brutalna: centra padają ofiarą głębokiego kryzysu finansowego w ochronie zdrowia. 23 miliardy złotych dziury w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia oznaczają jedno – trzeba ciąć. Kształt tych cięć, trafnie zdiagnozowany w raporcie, jest symptomatyczny dla całego systemu ochrony zdrowia. Fundusz funkcjonuje bowiem w klinczu – z jednej strony jest zmuszony do obniżania wydatków do poziomu zagwarantowanego budżetu. Z drugiej, jako instytucja pod gigantyczną presją polityczną, nie może realizować oszczędności kosztem najbardziej wpływowych interesariuszy – w tym przypadku szpitali psychiatrycznych, do których trafia 64% środków.

Jak wyjść z tej sytuacji? Trzeba wrócić do odważnych decyzji, w rodzaju tych, które zapoczątkowały działanie pilotażu. Tylko kompleksowy przegląd wydatków i gotowość do uczciwego postawienia alternatywy – czy akceptujemy Polskę, która ma gorsze niż średnia OECD wskaźniki takie jak wyższy odsetek samobójstw i gorsza samoocena zdrowia psychicznego, czy jesteśmy gotowi na reformę, która obejmie też „święte krowy”. Tym, którzy wciąż się zastanawiają lub patrzą wyłącznie przez pryzmat oszczędności, warto pod rozważę przytoczyć dane ZUS, wskazujące zaburzenia psychiczne jako największe źródło wydatków związanych z absencją w pracy. Uporządkowanie finansowe i organizacyjne obszaru zdrowia psychicznego, które postulują autorzy raportu, to jedyna rozsądna droga naprzód.

Do wniosków, które stawia raport, dodałbym jedynie konieczność uwzględnienia w planie reformy także działań związanych z nowymi zagrożeniami dla zdrowia psychicznego, jakie niesie coraz większy udział rzeczywistości cyfrowej w codzienności Polaków. Co ciekawe, Jonathan Haidt – którego teorię fundamentów moralnych autorzy raportu wykorzystują jako ramę analityczną – w *The Anxious Generation*<sup>1</sup> dokumentuje dramatyczny wpływ smartfonów i mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne młodzieży: wzrost lęku o 134% i depresji o 106% w latach 2010–2018. Mam obawy o to, że narzędzia wypracowane przez twórców pilotażu mogły nie brać pod uwagę skali przeniesienia życia społecznego do internetu wywołanej przez pandemię i dalszego upowszechnienia się tych problemów. Strukturalna reforma, której przeprowadzenie postulują autorzy raportu, powinna uwzględniać również tę nową rzeczywistość.

---

<sup>1</sup> Haidt, J. (2025). *Niespokojne pokolenie: jak wielkie przeprogramowanie dzieciństwa wywołało epidemię chorób psychicznych*. Zysk i S-ka Wydawnictwo.

## Izabela Ciuńczyk



Lekarka specjalistka psychiatrii, psychoterapeutka, specjalistka terapii środowiskowej, dyrektorka Środkowopomorskiego Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON w Koszalinie, prezeska Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego, członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia.

**R**aport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” autorstwa Anny Depukat i Tomasza Rowińskiego jest pierwszą próbą opisaną reformy opieki psychiatrycznej w Polsce w kategoriach moralnych, a nie jak dotąd wyłącznie organizacyjnych, jakościowych, wskaźnikowych czy finansowych na wszystkie możliwe sposoby... Autorzy, jak sami piszą, zabierają czytelnika „w podróż poza horyzont zdarzeń” – i trzeba przyznać, że jest to podróż inspirująca...

Zastosowanie teorii fundamentów moralnych oraz koncepcji wartości publicznej pozwala autorom nazwać napięcia, które realizatorzy pilotażu centrów zdrowia psychicznego odczuwają na co dzień. Na uwagę zasługuje pokazanie napięcia pomiędzy fundamentami moralnymi – szczególnie troską a proporcjonalnością – oraz próba tłumaczenia obecnego stanu systemu na konkretne rozwiązania prawne, finansowe i organizacyjne.

Diagnoza „instytucjonalnej krzywdy” pacjentów psychiatrycznych jest mocna, momentami niewygodna, ale przekonująca, zwłaszcza tam, gdzie autorzy odwołują się do danych dotyczących przymusu bezpośredniego, niedoszacowania świadczeń czy braku realnej ewaluacji efektów zdrowotnych pilotażu. Faktycznie do dziś w ramach regulacji prawnych nie wdrożono żadnych przepisów, które zwiększałyby jakość i bezpieczeństwo pacjentów z zaburzeniami psychicznymi lub byłyby właśnie odzwierciedleniem troski – ochrony przed krzywdzeniem.

Najbliższa dla mnie jest oczywiście troska, która nie może być tylko dobrze brzmiącym hasłem moralnym czy postulatem, ale musi być warunkiem i gwarantem skutecznego leczenia. Z drugiej strony perspektywa realizatora pilotażu – dyrektora Centrum Zdrowia Psychicznego – ujawnia inną, równie istotną warstwę problemu. Troska pozbawiona stabilnych ram finansowych, jasnych kryteriów odpowiedzialności i przewidywalnych procedur w ramach proporcjonalności szybko może przekształcić się w improwizację, a następnie w chaos organizacyjny.

Jako lekarz i dyrektor nie pytam więc, czy troszczyć się bardziej o pacjenta, czy o finanse publiczne. Pytam, dlaczego system wciąż nie potrafi zrozumieć, że realna troska o pacjenta jest jednym z najskuteczniejszych sposobów ochrony finansów publicznych. Dopóki troska pozostaje deklaracją moralną, a nie mierzalną, finansowaną i rozliczalną zasadą organizującą system, dopóty reforma psychiatrii będzie pozorna, a jej koszty – przenoszone na pacjentów i tych, którzy są najbliżej nich.

Dodatkowo odpowiedzialność za ewentualne niepowodzenie reformy łatwo jest „prze-rzucić” na realizatorów. Klimat ku temu jest sprzyjający, bo przecież w narracji, która w ostatnim czasie pojawiła się wokół centrów zdrowia psychicznego, tkwi wiele mitów. A decydenci nie potrafili/ nie mogli/ nie chcieli, co wskazują autorzy publikacji, właściwie zbadać, zmierzyć i ocenić korzyści, skorygować błędów czy nonsensów reformy i skutecznie kontrolować jej procesu. Raport trafnie wskazuje na brak rzetelnej ewaluacji pilotażu centrów zdrowia psychicznego oraz deficyt mierników efektów zdrowotnych.

To właśnie realizatorzy pilotażu od lat funkcjonują w warunkach strukturalnej nieokreśloności. Oczekuje się od nas wdrażania „opieki opartej na trosce”, jednocześnie nie dostarczając narzędzi do jej mierzenia, stabilnego finansowania ani jasnych ram decyzyjnych tworzonych przez instytucje takie jak Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia.

W tym świetle spór o hierarchię fundamentów moralnych okazuje się wtórny wobec głębszego problemu: braku politycznej decyzji co do docelowego modelu opieki psychiatrycznej. Bez jednoznacznego określenia roli i odpowiedzialności państwa za opiekę psychiatryczną oraz źródeł jej finansowania centra zdrowia psychicznego pozostaną rozwiązaniem przejściowym – obciążonym nadmiernymi oczekiwaniami, chronicznym ryzykiem porażki, a reforma – procesem nieustannie odkładanym w czasie...

Raport trafnie identyfikuje moralny wymiar reformy i prowokuje do niezbędnej debaty. Zestawienie perspektywy autorów, klinicystów i realizatorów pilotażu pokazuje jednak, że konflikt nie przebiega pomiędzy troską a proporcjonalnością, lecz pomiędzy deklaracjami a instytucjonalną zdolnością ich realizacji. Prawdziwym wyzwaniem nie jest wybór jednego fundamentu moralnego, lecz stworzenie systemu, który potrafiłby uczynić troskę wspólnotowo inkluzywną i proporcjonalną.

Reforma psychiatrii wymaga dziś nie kolejnych korekt operacyjnych, lecz politycznego rozstrzygnięcia, które uczyni troskę realną, proporcjonalną i publiczną zasadą całego systemu...

Tytułowy „sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” zależy od szybkich i konkretnych decyzji, tym bardziej że do końca pilotażu pozostało – w momencie pisania mojego komentarza – 10 miesięcy i 5 dni.

## prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek



Kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Kliniki Psychiatrii Dorosłych. Studia na Wydziale Lekarskim CM UJ ukończyła z wyróżnieniem (1993), tytuł profesora nauk medycznych uzyskała w 2012 r. Jej zainteresowania kliniczne i badawcze obejmują zaburzenia depresyjne nawracające, chorobę afektywną dwubiegunową, stany lekooporne w psychiatrii oraz zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobom somatycznym. W latach 2022–2025 pełniła funkcję prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; w kadencji 2028–2031 obejmie tę funkcję ponownie jako prezes elekt. Od 2013 r. jest redaktor naczelną czasopisma „Psychiatria Polska”. Autorka kilkuset publikacji naukowych oraz książek popularnonaukowych, w tym *Nie tylko mózg. Opowieść psychiatry o ludzkim umyśle* (2020) i *Psychiatria na obcasach* (2014). Od 2017 r. prowadzi cykl spotkań „Rozmowy o człowieku” w Polskiej Akademii Umiejętności, poświęcony pamięci prof. Jerzego Vetulaniego. Trzykrotnie wymieniona na Liście STU najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie (2022–2024). Laureatka Nagrody Miasta Krakowa (2022) oraz Nagrody im. Kazimierza Bujwidowej (2023) za zaangażowanie społeczne. Od 2025 r. ambasadorka Uniwersytetu Jagiellońskiego, a od listopada 2025 przewodnicząca Krakowskiej Rady Zdrowia Psychicznego.

**R**aport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” zasługuje na uznanie zarówno za odwagę intelektualną, jak i za próbę przeniesienia debaty o reformie psychiatrii na poziom aksjologiczny. Autorzy słusznie przypominają, że system ochrony zdrowia nie jest wyłącznie konstrukcją finansowo-administracyjną, lecz przede wszystkim wyrazem przyjętej hierarchii wartości. Wskazanie fundamentu troski – ochrony przed krzywdą – jako rozstrzygającego w ochronie zdrowia psychicznego jest nie tylko stanowiskiem teoretycznym, lecz także etycznym zobowiązaniem wobec pacjentów i ich rodzin. W czasach, w których język efektywności, kontroli kosztów i mierzalności dominuje debatę publiczną, przypomnienie, że nadrzędnym celem opieki medycznej jest zdrowienie

chorego człowieka, jego dobrostan i indywidualny los ma szczególną wagę. To ważny głos w obronie wartości publicznej rozumianej jako realna poprawa losu osób chorujących psychicznie.

Jednocześnie warto uzupełnić tę perspektywę o kontekst historyczny – zwłaszcza o rolę Krakowa i Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego w kształtowaniu paradygmatu, który dziś znajduje wyraz w modelu centrów zdrowia psychicznego.

### **Kraków jako źródło paradygmatu troski**

Myślenie o psychiatrii jako relacji opartej na szacunku, dialogu i podmiotowości pacjenta ma w Krakowie długą tradycję. Antoni Kępiński – postać fundamentalna dla polskiej psychiatrii – stawiał osobę chorującą w centrum procesu leczenia. Jego koncepcja „spotkania”, etyka dialogu i sprzeciw wobec redukcji pacjenta do diagnozy czy procedury były żywą realizacją tego, co dziś w języku teorii fundamentów moralnych nazwalibyśmy prymatem troski.

Kępiński nie używał współczesnej terminologii zarządczej ani systemowej, ale jego myślenie było głęboko systemowe w sensie etycznym: pacjent nie jest elementem instytucji – to instytucja ma być odpowiedzią na jego cierpienie. Ten sposób myślenia stał się jednym z filarów krakowskiej szkoły psychiatrii.

### **Prawie 50 lat budowania psychiatrii środowiskowej**

Od lat 70. i 80. XX wieku w Krakowie rozwijała się konsekwentna praca nad integracją środowisk medycznych, społecznych i samorządowych w trosce o osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. Tworzenie zespołów leczenia środowiskowego, współpraca z rodzinami, organizacjami pozarządowymi, samorządem lokalnym – to nie były działania incydentalne, lecz długofalowy projekt zmiany myślenia o psychiatrii.

To właśnie w Krakowie dojrzywała praktyka:

- wychodzenia poza mury szpitala,
- budowania sieci wsparcia w społeczności lokalnej,
- traktowania zdrowienia jako procesu, a nie epizodu hospitalizacji.

Rozwijany przez lata paradygmat zdrowienia – z naciskiem na sprawczość, podmiotowość i integrację społeczną – był naturalną konsekwencją tej pracy. Postacie takie jak prof. Andrzej Cechnicki odegrały kluczową rolę w kształtowaniu modelu wspólnotowego i w budowaniu mostów między psychiatrią kliniczną a społecznością lokalną.

### **Ciągłość od modeli krakowskich do CZP**

Centra zdrowia psychicznego nie powstały w próżni. Model odpowiedzialności populacyjnej, dostępności bez skierowania, zespołów mobilnych, integracji ambulatoryjnej i środowiskowej ma swoje intelektualne i praktyczne korzenie w wieloletnim doświadczeniu ośrodków takich jak krakowskie.

Można powiedzieć, że CZP są instytucjonalnym ucieleśnieniem idei, które w Krakowie rozwijano od dekad: odejścia od modelu azylowego, odwracania piramidy świadczeń, budowania wspólnotowej odpowiedzialności za zdrowie psychiczne mieszkańców.

Ta historyczna ciągłość jest ważna, ponieważ pokazuje, że reforma nie sprowadza się jedynie do eksperymentu administracyjnego, lecz jest dojrzałym etapem długiego procesu myślenia o psychiatrii jako przestrzeni troski, relacji i odpowiedzialności społecznej.

### **Współczesne wyzwanie**

Raport trafnie ostrzega przed pokusą podporządkowania reformy wyłącznie logice finansowej i proceduralnej. Historia psychiatrii uczy nas, że gdy nadrzędną kategorią staje się koszt, a nie człowiek, system zaczyna reprodukować instytucjonalną krzywdę – nawet jeśli formalnie działa poprawnie. Nie można dziś – w obliczu rosnących potrzeb zdrowia psychicznego – cofnąć się do modelu, w którym bezpieczeństwo budżetu staje się ważniejsze niż proces zdrowienia. Odpowiedzialność finansowa jest konieczna, ale nie może zastąpić fundamentu troski.

Raport należy uznać za ważny i potrzebny głos w tej debacie. Przypomina on, że reforma psychiatrii to nie tylko zmiana mechanizmów finansowania, lecz także decyzja o tym, jakie wartości mają kształtować państwo i jego instytucje. A jeśli fundamentem ma być troska o człowieka – to droga wyznaczona przez wieloletnie doświadczenie krakowskiej psychiatrii środowiskowej pokazuje, że jest to droga możliwa, realistyczna i sprawdzona.

## dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka



Dziekan Łazarski Executive Education oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. W latach 2015–2025 wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia (członkini rady od 2010 r.). Wiceprzewodnicząca Rady Nadzorczej Polfy Tarchomin. Doradca Prezesa Zarządu Pracodawców RP w obszarze ochrony zdrowia. Dyrektor programu MBA w Ochronie Zdrowia oraz MBA Healthcare Innovation&Technology. Kierownik merytoryczny wielu certyfikowanych przez Uczelnię Łazarskiego programów szkoleniowych skierowanych do specjalistów medycznych, kadry zarządzającej placówkami leczniczymi oraz pracowników instytucji publicznych z sektora zdrowia. Członkini Rady Naukowej Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Inicjator i liderka Sektorowej Rady ds. Kompetencji w opiece zdrowotnej i opiece społecznej (2017–2023). Autorka licznych publikacji naukowych i eksperckich poświęconych ekonomiczno-społecznym aspektom ochrony zdrowia i nowoczesnym modelom jej organizacji i finansowania w takich dziedzinach jak m.in. onkologia, hematookologia, kardiologia, neurologia, psychiatria, gastroenterologia, bariatryka, alergologia, reumatologia itp. Propagatorka koncepcji „ochrony zdrowia nakierowanej na wartość” (*Value Based Healthcare*) oraz szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych HB-HTA. Według miesięcznika „MyCompany” należy do 15 wpływowych kobiet, które zmieniają oblicze polskiej branży medycznej. Laureatka konkursu Sukces Roku 2022 w Ochronie Zdrowia w kategorii Zdrowie publiczne. Od lat w pierwszej dziesiątce Listy STU najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia. W kolejnych edycjach plebiscytu Kobieta Rynku Zdrowia znalazła się wśród najbardziej wpływowych kobiet działających w obszarze zdrowia. Integratorka ludzi i idei. Za propagowanie wzorów świadomego przywództwa pełnego empatii, szacunku i uważności laureatka pierwszej edycji konkursu Sustainable Impact w kategorii Lider.

**P**olski system ochrony zdrowia od ponad dwóch dekad jest w stanie permanentnej reformy. Kolejne ekipy rządowe proponują rozwiązania, które w swych wyjściowych założeniach mają być odpowiedzią na potrzeby pacjentów, ale ich ostateczny kształt odzwierciedla rzeczywistą hierarchię systemu i na piedestale stawia interes świadczeniodawców oraz Płatnika publicznego. Od wielu lat, prowadząc badania nad efektywnością polskiej ochrony zdrowia, podkreślam problem błędnych paradygmatów i wartości, które leżą u podstaw kultury organizacyjnej systemu jako całości. Uczulam na złudzenia, jakie tworzą wzniosłe hasła pacjentocentryzmu, opieki zorientowanej na jakość czy zasady równego dostępu do świadczeń, budowanej na fundamencie Konstytucji RP bez realnego pokrycia w narzędziach prawnych, technologicznych i finansowych.

Jako uczestniczkę licznych debat i kongresów, analityczkę prawnych, organizacyjnych i ekonomicznych atrybutów systemu frustruje mnie powierzchowność dyskusji, w której ucieka się od twardych, rzetelnych danych, a patologiczne zjawiska otula dyplomatycznymi zwrotami, aby tylko nie urazić żadnej grupy interesów, bowiem każdy z nas uwikłany jest w pajęczynę zależności.

A tymczasem to przyjęcie za fundament tego, co wprost wynika z istoty zdrowia jako dobra osobistego, ale także publicznego może oświetlić kierunek dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia, ustawiając poszczególnych interesariuszy w relacji win-win.

Przygotowane przez dra Tomasza Rowińskiego i dr Annę Depukat opracowanie pt. „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” nie tylko porządkuje pryncypia systemu, ale także na konkretnym jego wycinku ukazuje potencjalne korzyści i straty, jakie niosą wybory zagubione w niewłaściwie zdefiniowanych celach. Autorzy redefiniują gramatykę systemu, porządkują zasady i doprecyzowują relacje. Zmuszają do rachunku sumienia i – to dla mnie najważniejsze – tworzą popartą analizą podstawę do urzeczywistnienia transformacji mentalnej uczestników systemu. Oparcie rozważań o kierunkach dalszej reformy polskiej psychiatrii na teorii fundamentów moralnych (MFT) Haidta jest mi bardzo bliskie, bowiem doskonale wpisuje się w koncepcję *Value Based Healthcare*, którą od lat popularyzuję. Kiedy wyjdzie się z założenia, że wszystkie zasoby i procesy powinny być zorientowane na wynik, jakim jest poprawa stanu zdrowia oraz doświadczeń pacjenta w relacji do kosztów, jakie ponosimy na zabezpieczenie potrzeb chorego, okaże się, że wartość zdrowotna silnie koreluje z rzeczywistością, a nie deklarowaną troską o pacjenta. Gdy określi się jako priorytet bezpieczeństwo pacjenta i szacunek wobec wielowymiarowości zdrowia, które jest sumą dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, perspektywa pacjenta, jego doświadczeń i preferencji będzie musiała zostać uznana za kompas działań i wagę ich skuteczności. To osoba chorego jest kluczowym podmiotem

systemu, zatem czy można mówić o przestrzeni do debatowania o potrzebie pomiaru jakości opieki, budowania modeli finansowania preferujących zaangażowanie na rzecz dobrostanu pacjenta i utrzymywaniu go w dobrym zdrowiu, a nie tylko fizycznego świadczenia usługi, zasadności solidaryzmu medyków z chorym i stania za nimi murem, a nie stawiania przed nim muru, wrażliwości na cierpienie chorego, jego lęk, bezradność, zagubienie w miejsce obwiniania go za roszczeniowość i ignorancję?

Pilotaż centrów zdrowia psychicznego, które mają stanowić fundament docelowego systemu opieki psychiatrycznej w Polsce, ukazał, w jakim rozedrganiu wciąż pozostaje Regulator. Z jednej strony założenia reformy wskazują na silną orientację polityki zdrowotnej na troskę inkluzywną, której celem jest wyposażenie osób doświadczających kryzysu psychicznego w zasoby do radzenia sobie z potencjalnymi przyszłymi kryzysami i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Z drugiej strony sposób wdrażania zmian, podejście do ich ewaluacji i uczenia się systemu na własnych doświadczeniach pozwala wątpić w czystość intencji. Silny gen paternalizmu podważa zdolność pacjenta do samostanowienia, usprawiedliwiając podtrzymanie struktur, a nawet rozwój narzędzi i form izolacji. Antidotum na to nie jest model troski usługowej, który w warunkach monopsonu Płatnika, czyli NFZ, nie pozostawia pacjentowi żadnego wyboru, bowiem zamyka go w portfelu zdefiniowanych usług, taryf, technologii, które kształtowane są siłą oczekiwań świadczeniodawców zabiegających o bezpieczeństwo finansowe, a nie realnych potrzeb zdrowotnych. W tych warunkach nawet silne wsparcie wspólnotowe np. rodziny czy społeczności lokalnych nie wystarcza, gdy jest pozbawione instytucjonalnego wsparcia państwa integrującego specjalistyczną opiekę medyczną z rehabilitacją zawodową, opieką społeczną czy mieszkaniową, co wymaga nakładów finansowych postrzeganych jako koszt, a nie inwestycja.

Dzięki wnikliwości i wrażliwości autorów tego opracowania, za które bardzo dziękuję, umacnam się w przekonaniu, że warunkiem brzegowym prawdziwej transformacji systemu ochrony zdrowia jest podporządkowanie relacji władzy, celów instytucji i zasad porządku społeczno-ekonomicznego trosce o pacjenta, rozumianej jako gotowości do zaspokojenia jego rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, a nie zastępowania go w ich definiowaniu.

## Ewa Giza



Lekarka specjalistka psychiatrii, internistka i certyfikowana specjalistka psychiatrii środowiskowej, związana z Kołobrzegiem. Od lat działa na rzecz poprawy opieki psychiatrycznej dla osób chorujących psychicznie i ich rodzin oraz psychiatrii środowiskowej. Jako wizjonerka i współtwórczyni Stowarzyszenia „Feniks” od 25 lat buduje wzorcową opiekę środowiskową dla osób chorujących psychicznie, ich rodzin, seniorów oraz młodzieży w powiecie kołobrzesckim. Przez 20 lat była ordynatorem oddziału psychiatrycznego, Ośrodka Terapii Nerwic, Prewencji Rentowej ZUS, a później dyrektorem Szpitala MSWiA w Złocieńcu, gdzie w 2022 r. na terenie tzw. białej plamy opieki psychiatrycznej stworzyła centrum zdrowia psychicznego dla trzech powiatów (115 tys. mieszkańców). Od początku zaangażowana w reformę psychiatrii zainicjowaną w 2011 r., członkini Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, od 2025 członkini Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP oraz wielu komisji, kilku NGO.

Laureatka Srebrnego (2009) i Złotego Krzyża Zasługi Prezydenta RP (2025) oraz innych nagród za działalność społeczną, na rzecz osób słabszych, wykluczonych, „Złotego Gryfa Zachodniopomorskiego” Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego, medalu Hominem Inveni, nagrody NIL im. dra Władysława Biegańskiego, Nagrody św. Kamila z okazji Światowego Dnia Chorego.

Dziś nadal działa z tą samą energią, z jaką zaczynała – przekonana, że dobra opieka psychiatryczna powinna być blisko ludzi i ich codziennych potrzeb.

**P**o przeczytaniu raportu jestem pod ogromnym wrażeniem zarówno jego treści, jak i skali wykonanej pracy. W imieniu swoim oraz całego środowiska zaangażowanego w reformę polskiej psychiatrii dziękuję za ten wysiłek, który dokumentuje działania prowadzone od 2011 r., kiedy niewielka grupa specjalistów rozpoczęła proces przebudowy systemu opieki psychiatrycznej w kierunku psychiatrii środowiskowej.

Raport jest pierwszym całościowym podsumowaniem pracy wykonanej przez wiele osób bezpośrednio zaangażowanych w poprawę opieki psychiatrycznej, znających efekty zdrowienia osób chorujących psychicznie zaopiekowanych środowiskowo, a także będącej wynikiem działań wielu urzędników Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i polityków.

Lektura budzi jednak również przygnębienie. Trudno zrozumieć, dlaczego mimo wielu lat starań tak duża grupa zaangażowanych ekspertów i praktyków, posiadających ogromną wiedzę o leczeniu osób najczęściej chorujących psychicznie, wciąż napotyka opór instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne. Dzięki doświadczeniu pracy centrów zdrowia psychicznego pacjenci ze schizofrenią i innymi poważnymi zaburzeniami mogą dziś zdrowieć, odzyskiwać jakość życia i wracać do pełnienia ról rodzinnych, zawodowych i społecznych. Mimo to merytoryczne rozwiązania proponowane przez specjalistów bywają ignorowane lub deprecjonowane, a wieloletnie zaangażowanie środowiska mylone jest z nieuczciwym lobbieniem.

Przez lata prac nad reformą zmieniali się ministrowie zdrowia oraz odpowiedzialni za politykę zdrowotną urzędnicy, a psychiatria pozostawała nieustannie dziedziną niedofinansowaną i traktowaną gorzej niż inne obszary medycyny. Dlatego środowisko psychiatryczne podjęło działania oddolne, starając się wspierać ministerstwo wiedzą i doświadczeniem, rozumiejąc, że procesy zdrowienia psychicznego są złożone i wymagają specjalistycznej perspektywy.

Od 2010 r. funkcjonuje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, wyznaczający kierunki niezbędnych zmian. Mimo to decydenci wciąż nie dają się przekonać do efektów trwającego od 2018 r. pilotażu, obejmującego 117 centrów zdrowia psychicznego, ani do potrzeby ich upowszechnienia w całym kraju, zgodnie z założeniami reformy.

Silne państwo to państwo, w którym obywatele są silni psychicznie, a troska o osoby słabsze i zagrożone wykluczeniem stanowi obowiązek instytucji publicznych. Dlatego tak ważne jest pytanie o przyczyny braku zaufania i komunikacji między urzędnikami a ekspertami, którzy od lat działają na rzecz poprawy opieki psychiatrycznej i nie są wysłuchiwanie przez decydentów. Między innymi od 2018 r. postulowano utworzenie krajowego ośrodka monitorującego reformę, prowadzącego badania i przeprowadzającego ewaluację reformy, co jest niezbędne, aby rozwijać system w sposób oparty na dowodach i uniknąć powtarzania błędów. Nie spełniono tego jednak... podobnie jak i wielu innych postulatów.

Jeśli fundamentem systemu nie jest troska o dobro obywatela, to żadna reforma nie zadziała, centra zdrowia psychicznego staną się kolejną usługą, procedurą, a nie przyczynią się do zmiany paradygmatu. Przymus bezpośredni pozostanie codziennością, a pacjenci – szczególnie ci najbiedniejsi – znów wypadną z systemu.

Polska psychiatria stoi dziś na rozdrożu. Jedna droga prowadzi do systemu inkluzywnego, opartego na relacji, środowisku, godności. Druga – do powrotu do azylów... tylko w nowoczesnym opakowaniu. O tym, która droga zostanie wybrana, nie zdecydują miliardy, lecz to, jaki fundament moralny zostanie wybrany przez urzędników i polityków za rozstrzygający.

## Jakub Gołąb



Polityk społeczny, absolwent Uniwersytetu Warszawskiego i Szkoły Głównej Handlowej. Były, trzykrotny rzecznik prasowy i dyrektor Biura Komunikacji Ministerstwa Zdrowia, dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta oraz doradca Ministra Zdrowia. Ekspert Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego. Rzecznik prasowy polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, a także doradca i analityk w Sejmie RP. Współpracował z organizacjami pozarządowymi, międzynarodowymi korporacjami, instytutami i organizacjami publicznymi. Autor i realizator wielu projektów społecznych, kampanii świadomościowych i debat publicznych.

**R**aport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” autorstwa Tomasza Rowińskiego i Anny Depukat to kompleksowa analiza kondycji polskiej psychiatrii, osadzona w nieoczywistych dla debaty publicznej ramach teoretycznych. Uważam, że ta kompleksowa analiza kondycji polskiej psychiatrii jest ważna z wielu powodów. Za szczególnie wartościowe uznaję wykorzystanie teorii fundamentów moralnych jako narzędzia do lepszego zrozumienia linii sporu wokół reformy ochrony zdrowia. Teza o konieczności wzmocnienia roli troski w zestawieniu z prostym rachunkiem ekonomicznym jest nieoczywista, a jednak bardzo potrzebna w publicznej debacie.

Raport trafnie diagnozuje, że sam wzrost nakładów finansowych nie jest lekarstwem na wszystko – bez zmiany paradygmatu nie prowadzi on bowiem do proporcjonalnego polepszania dostępu do opieki. Jednocześnie autorzy zarysowują niezwykle trudne pole negocjacji: jak pogodzić etyczny imperatyw troski z konieczną racjonalnością wydatków publicznych. Wartość publiczna, choć kluczowa, nie może być przecież traktowana jako kategoria absolutna, oderwana od realiów budżetowych. Wyzwaniem dla Ministerstwa Zdrowia i NFZ nie jest zatem jedynie proste „dosypywanie” środków, lecz znalezienie punktu równowagi, w którym efektywność proceduralna nie przysłania człowieka, a dbałość o finanse publiczne staje się fundamentem bezpieczeństwa i ciągłości opieki.

Tymczasowość pilotażu CZP dowodzi potrzeby większego uznania wagi modelu wartości publicznej Marka Moore’a. Może on służyć jako punkt wyjścia do stworzenia realnej platformy porozumienia między decydentami a środowiskiem medycznym – miejsca,

gdzie operacyjna sprawność instytucji spotyka się z legitymizacją społeczną i realną poprawą dobrostanu pacjentów. Raport opiera się na aktualnych danych i globalnym kontekście polskich wyzwań. Mówi o wartościach, jakości i efektach zdrowotnych w bilansie oceny skuteczności obowiązujących rozwiązań.

Pomimo specjalistycznego języka, który może stanowić wyzwanie dla czytelnika, raport jest na pewno odważnym, intelektualnie stymulującym głosem w debacie o naprawie państwa. Nie powinien być on odbierany jako atak na instytucje, lecz zaproszenie do krytycznej refleksji nad tym, jak w ramach istniejących ograniczeń budować system bardziej ludzki i odporny na kryzysy. To propozycja nowego kierunku rozwoju usług publicznych i prymatu wartości publicznej, rozumianej jako wzmocnienie bezpieczeństwa pacjentów i poprawa jakości ich życia przy zachowaniu jednoczesnej efektywności alokacji zasobów i optymalnego ich wykorzystania.

Raport jest ważnym głosem w procesie kształtowania polityki zdrowotnej w Polsce, który zasługuje na uważną analizę wszystkich stron debaty. Liczę, że w jej ramach uda się doprowadzić do zbliżenia stanowisk i konsensusu interesariuszy wokół spraw najważniejszych. Czekają na to pacjenci.

## Anna Gołębicka, DBA



Ekonomistka, strażka zarządzania i komunikacji. Ekspertka Centrum im. Adama Smitha. Współzałożycielka Human Answer Institute. Specjalizuje się w analizie mechanizmów rynkowych, zachowań konsumenckich, rozwoju społeczno-gospodarczym oraz systemie ochrony zdrowia. Projektując rozwiązania strategiczne, łączy perspektywę ekonomiczną, społeczną i komunikacyjną. Autorka licznych strategii rozwoju, komunikacji, produktów i inicjatyw społecznych w sektorze publicznym i prywatnym. Od wielu lat współpracuje z segmentem ochrony zdrowia, analizując funkcjonowanie systemu z różnych perspektyw. Doradczyni strategiczna i mediatorka OZZL, Porozumienia Rezydentów OZZL. Współpracowała z OZZPF, KZZPML, KIF, Naczelną Izbą Lekarską. Współzałożycielka Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów. Członkini Rady Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezydium Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentatorka życia gospodarczego i społecznego, felietonistka oraz wykładowczyni.

**D**ebata o reformie ochrony zdrowia bardzo często koncentruje się na organizacji systemu, sposobach finansowania, zmianach prawnych i instytucjonalnych. Raport o fundamentach moralnych reformy psychiatrii jest pretekstem, aby otworzyć nowy wątek debaty o reformie, w której ścieżkę finansową połączymy ze ścieżką efektów zdrowotnych i etyki. Rozmowę o systemie, który „nie wodzi na pokuszenie”, płaci za zdrowie, a nie za procedurę. Bo problem nie tkwi tylko w pieniądzech, lecz w wartościach, które w praktyce kierują decyzjami uczestników systemu i sprawiają, że jest on realnie, a nie tylko krótkookresowo skuteczny i efektywny.

Centra zdrowia psychicznego są przykładem reformy o dużym potencjale. Zakładają odejście od modelu opartego wyłącznie na hospitalizacji na rzecz opieki środowiskowej, bliższej pacjenta i jego codziennego funkcjonowania. Powodzenie takiego modelu zależy jednak nie tylko od regulacji czy sposobu finansowania, ale przede wszystkim od tego, czy uczestnicy systemu będą działać w duchu wspólnego celu, jakim jest zdrowienie pacjenta, czy tylko najefektywniejszego rozliczenia programu. Daleka jestem tu od odchodzenia od efektywności ekonomicznej działania, ale w naszym przypadku poszła ona gdzieś w bok własną ścieżką, która w swej krótkoterminowej efektywności prowadzi do długoterminowej zapaści.

W ochronie zdrowia zaufanie i uczciwość nie są dodatkami do systemu, lecz warunkiem jego działania. Podstawą. Bez nich nawet najlepiej zaprojektowane rozwiązania instytucjonalne prędzej czy później zaczynają działać przeciwko swoim celom. Polski system ochrony zdrowia przez lata wykształcił mechanizmy funkcjonowania, których punktem odniesienia staje się jedynie pytanie: jak najbardziej efektywnie wykorzystać zasady działania systemu z punktu widzenia finansowego? Jak zmieścić się w regulacjach rozliczeń, jak zoptymalizować kontrakt, jak znaleźć przestrzeń w regulacjach? Jak wyprodukować dużo procedur i faktur, a nie zdrowia?

To nie musi wynikać jedynie ze złej woli. System po prostu uczy i wręcz zachęca do takich zachowań, bo jeśli jedynym językiem zarządzania ochroną zdrowia stają się wskaźniki finansowe i kontrola formalna, to uczestnicy systemu zaczynają się do tego języka dostosowywać. Z czasem pojawia się pokusa, by szukać nie najlepszych rozwiązań dla pacjenta, lecz najbardziej opłacalnych ścieżek działania w ramach obowiązujących reguł. System wciąga w swoją pajęczynę i w pewnym momencie nie wiemy, co jest sacrum, a co profanum. Patrzymy, co robią inni, i racjonalizujemy swoje zachowania, rozgrzeszając je społecznym dowodem słuszności „bo tak robią wszyscy”.

W takiej sytuacji każda reforma – nawet bardzo sensowna – napotyka na tę samą barierę. Zamiast wzmacniać sens zmiany, system zaczyna szukać sposobów jej obchodzenia lub adaptowania do starych logik działania. Dlatego kluczowym wątkiem powinno być przypomnienie, że system ochrony zdrowia opiera się na pewnym kontrakcie społecznym. Pacjent musi ufać, że instytucje działają w jego interesie. Państwo musi ufać profesjonalizmowi świadczeniodawców. Z kolei świadczeniodawcy muszą mieć poczucie, że reguły systemu są uczciwe i stabilne. Bez tego zaufania zaczyna dominować logika zabezpieczania się przed sobą nawzajem – kolejne procedury, kolejne kontrole, kolejne regulacje. W efekcie system staje się coraz bardziej skomplikowany, ale niekoniecznie bardziej skuteczny.

Reforma psychiatrii, podobnie jak wiele innych reform w ochronie zdrowia, pokazuje więc coś bardzo fundamentalnego: żaden model organizacyjny nie będzie działał dobrze, jeśli jego uczestnicy nie podzielają podstawowej wartości, jaką jest pierwszeństwo dobra pacjenta, uczciwość i zaufanie. Dopóki w centrum systemu będzie poszukiwanie sposobów najefektywniejszego wykorzystania jego reguł z punktu widzenia finansów, a nie zdrowienia ludzi, dopóty nawet najlepsze rozwiązania instytucjonalne będą działały poniżej swoich możliwości i wbrew pozorom kosztowały coraz więcej. Zaufanie i uczciwość nie są więc abstrakcyjnymi kategoriami moralnymi. W ochronie zdrowia są one bardzo praktycznym warunkiem skuteczności całego systemu. Bez nich żadna reforma nie będzie trwała i żadne efektywizacje nie poprawią efektów.

## Sebastian Goncerz



Sebastian Goncerz, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, lekarz rezydent psychiatrii, aktywista, związkowiec. Działa na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Współtwórca „Raportu Porozumienia Rezydentów OZZL dot. dyżurów całodobowych w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych” oraz raportu „Czy lekarze i ustawa o najniższych wynagrodzeniach zabierają pieniądze na leczenie?”. Koordynator Czarnego Marszu Milczenia Medyków, zorganizowanego 10 maja 2025 r.

**Z**aprezentowany raport zawiera szereg trafnych spostrzeżeń na temat postępowania decydentów w zakresie opieki zdrowotnej na dosyć szczególnym przykładzie psychiatrii. Z naszej perspektywy jako aktywistów i młodych lekarzy szczególnie rezonuje argument, że troska o pacjenta w działaniach Ministerstwa Zdrowia powinna nie tyle przejawiać się empatią i emocjonalną opieką, ile zadbaniem o potrzeby zdrowotne populacji. Te potrzeby muszą być przede wszystkim monitorowane, a tak w wielu aspektach się w naszym kraju nie dzieje. Cierpimy na ciągły brak powszechnie dostępnych i przejrzystych danych dotyczących ochrony zdrowia. Te zbierane przez decydentów często są wadliwe i fragmentaryczne, więc nierzadko zgromadzenie ich spada na barki oddolnych inicjatyw. Oznacza to więc, że już pierwszy krok do realizacji systemowej troski o pacjenta jest rzadko wykonywany. Kolejnym krokiem jest wykorzystanie dostępnych danych, by poprawić sytuację pacjentów. I tu pojawiają się kolejne komplikacje. Wielokrotnie Ministerstwu Zdrowia prezentowane są rzetelne dane, pokazujące skrajne problemy, które mimo to nie spotykają się z realną odpowiedzią. Tak się stało w przypadku raportu Porozumienia Rezydentów OZZL dotyczącego dyżurów całodobowych w psychiatrii. Udało nam się przebadać 1/3 wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii w kraju. Wykazaliśmy, że standardem jest opieka podczas dyżuru nad co najmniej setką pacjentów, a 1/5 z nas zajmuje się w tym czasie ponad 300 osobami. Zademontrowaliśmy skrajny brak dostępu do opieki somatycznej w większości szpitali psychiatrycznych. Przynoczyliśmy badania udowadniające silną korelację między obciążeniem personelu medycznego a częstością stosowania przymusu bezpośredniego. Ministerstwo jednak w żaden sposób nie wykorzystało tej analizy, w żadnym szpitalu nie wdrożono działań naprawczych. Jest to nie tylko dowód na znikomą troskę o pacjenta, ale również świadczy o tym, jak niski priorytet zdrowie psychiczne ma w działaniach Ministerstwa Zdrowia.

Idąc dalej, warto skupić się na kwestii przymusu bezpośredniego. Powinniśmy jako społeczeństwo dążyć do sytuacji, w której jest on stosowany możliwie rzadko. Do tego konieczna jest jednak identyfikacja barier i przeszkód. Aktualnie funkcjonujemy w rzeczywistości, w której unieruchomienie pacjenta nie jest ostatecznością, a niemalże standardowym narzędziem. Dzieje się tak z uwagi na niewłaściwą organizację pracy, w której z uwagi na obciążenie pracą personel nie jest w stanie właściwie przeprowadzać czynności deeskalacyjnych. W taki sposób konstruuje się system, który nie dostarcza nam dostatecznie dużo zasobów, by dbać o bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu w sposób pozbawiony przemocy. Ponownie ze smutkiem należy przyznać, że nie dostrzegamy w postępowaniu decydentów realnych działań mających na celu okazanie troski nad pacjentem ani przez zbieranie rzetelnych danych, ani przez wdrażanie dobrych praktyk czy zmian organizacyjnych.

## Andrzej Jacyna



Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku (rocznik 1977), działacz związkowy w latach 1980–1998, założyciel i lider NSZZ „Solidarność” w powiecie człuchowskim, delegat na I Zjazd Krajowy NSZZ „Solidarność”, internowany 13 grudnia w ZK Strzebielinek, kontynuował działania w związku, m.in. przewodniczący Sekretariatu Ochrony Zdrowia, działacz samorządowy – przewodniczący Rady Miasta Człuchów I kadencji, współzałożyciel Związku Miast Polskich, inicjator i realizator reformy Kas Chorych, pierwszy dyrektor Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, organizator ochrony zdrowia, wielokrotny dyrektor szpitali, Prezes NFZ 2016–2019, aktualnie zastępca dyrektora SP ZOZ Człuchów, członek Rady Zdrowia przy Prezydencie RP.

**R**aport jest niewątpliwie ciekawym, ale trudnym i dość hermetycznym dokumentem opisującym perypetie i perspektywy najdłuższego pilotażu w dziejach nowożytnej Europy. Decyzje związane z zakończeniem pilotażu są od wielu lat odwołane, głównie z powodu ich kosztów finansowych, niezaplanowanych w następujących po sobie planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia na kolejne lata, co najmniej od 2022 r.

Brałem udział w narodzinach tego projektu jako Prezes NFZ w 2018 r. Muszę przyznać, że stanowisko NFZ i moje własne przy narodzinach tego projektu było zdecydowanie krytyczne, szczególnie co do formy finansowania. Czysta stawka kapitacyjna na mieszkańca bez powiązania z dodatkowymi elementami rozliczeń, szczególnie brak uwzględnienia wskaźników jakościowych – zawsze będzie się w środowisku Płatnika kojarzyła z negatywnymi doświadczeniami z systemu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Niestety, przez ostatnie kilka lat w sprawie POZ nic się nie zmieniło – wygląda na to, że to nad decyzjami w sprawie przyjęcia metody kapitacyjnej jako podstawy rozliczeń w CZP nadal ciąży odium.

Nie bez znaczenia jest też sytuacja finansowa NFZ w ostatnich dwóch latach – bez jej poprawy trudno będzie wprowadzać lub upowszechniać nowe rozwiązania w polskim systemie ochrony zdrowia. Skutki pochopnych, krótkowzrocznych decyzji kolejnych ministrów finansów doprowadziły do katastrofy finansów w ochronie zdrowia i budżetu NFZ. Trzeba jak najszybciej wycofać się z błędnych decyzji z 2022 r. i przywrócić

stary podział zadań związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i NFZ. Niedopuszczalny jest „zwyczaj” przekazywania dużych pakietów świadczeń do budżetu Płatnika bez wskazania sposobu finansowania pod hasłem „jakoś to będzie...” oraz brak zatwierdzania planu finansowego NFZ w kolejnych latach.

Bez stabilizacji finansowania ochrony zdrowia trudno liczyć na upowszechnienie sprawdzonych w wieloletnim pilotażu CZP w skali całego kraju działań, z zachowaniem poziomu finansowania na co najmniej nieobniżonym poziomie.

Jak mówił klasyk: „punkt widzenia zależy od punktu siedzenia”. Czy zmieniłem swoje zdanie z 2018 r.? Dzisiaj patrzę na projekt CZP z perspektywy małego szpitala powiatowego – jako reprezentant świadczeniodawcy, u którego pilotaż jest realizowany od sierpnia 2022 r. – w ciężkim, popegeerowskim terenie. Od długiego czasu obserwuję też zmiany, które zachodzą w Polsce. Przez wiele lat brałem udział w tych zmianach, występując w różnych rolach. Pilotaż CZP to jeden z najlepszych programów wprowadzanych w Polsce – jest szansą dla pacjentów i młodych pracowników – psychiatrów i psychologów wchodzących w swoje życie zawodowe. Obserwuję ich pracę i zaangażowanie na co dzień. Na pewno im się jeszcze chce! Nie zmarnujmy tej szansy przez głupie, nieprzemyślane oszczędności... Alternatywą jest ucieczka profesjonalistów w rynek prywatnych usług, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla pacjenta i jego rodziny.

## dr n. med. Tadeusz Jędrzejczyk



Posiada specjalizację I stopnia w zakresie medycyny społecznej, a następnie zdrowia publicznego. Ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku (obecnie Gdański Uniwersytet Medyczny), gdzie uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Od 1995 r. związany z Zakładem Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej. Posiada dyplom MBA w ochronie zdrowia (Gdański Uniwersytet Medyczny i Gdańska Fundacja Kształcenia Menadżerów). Radny Miasta Gdańska w kadencji 1994–1998, w trakcie której pełnił funkcję przewodniczącego Komisji Zdrowia. Przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Współpracował z Wirtualną Polską (1999–2002), gdzie redagował serwis Zdrowie, następnie był redaktorem portalu Zdrowie.med.pl (do 2007 r.). W latach 2008–2009 oraz 2013–2014 odpowiednio dyrektor ds. medycznych i dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego. Od 2010 r. zastępca dyrektora ds. Lecznictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. W latach 2014–2016 prezes NFZ. Od 2019 r. zatrudniony w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. W kadencji 2024–2026 wiceprezydent European Public Health Alliance. Uczestniczył i brał udział w koordynacji szeregu projektów międzynarodowych. Autor szeregu prac i artykułów zarówno naukowych, jak i popularnych.

### **Etyczny, czyli praktyczny wymiar badania nad reformą**

Przeprowadzenie badania nad wdrażaniem jednej z kluczowych reform ochrony zdrowia na podstawie teorii fundamentów moralnych jest cennym wkładem w rozwój nauki. Waga badań wynika z faktu, że kwestie zdrowia psychicznego daleko wykraczają poza świat opieki zdrowotnej. To, w jaki sposób funkcjonuje nasz ludzki umysł na materialnej, tj. komórkowej – a jeszcze głębiej: biochemicznej i biofizycznej – podstawie, determinuje w sposób fundamentalny nasz dobrostan społeczny. Niedostatki dobrostanu społecznego upośledzają w sprzężeniu zwrotnym naszą równowagę psychiczną.

W przeciwieństwie do chorób somatycznych<sup>2</sup> odchylenie od stanu uznanego za normę zdrowia psychicznego bezpośrednio oddziałuje nie tylko na ograniczenie funkcjonowania i społecznej partycypacji jednostki. Nierzadko zmienia postrzeganie tych osób z perspektywy ich zdolności wolicjonalnych. To ostatnie jest często argumentem ograniczenia odpowiedzialności za własne działania. Tym samym teoretyczne i praktyczne wyniki przedstawionych dociekań mają wpływ daleko wykraczający poza zarządzanie publicznymi usługami. Teorię fundamentów można traktować jako część psychologii, jednak jej praktyczne wdrożenie wspiera systemowe rozumienie budowanych konstruktów społecznych. Do tego potrzebne jest wykorzystanie szeregu zróżnicowanych metodologii rozwiniętych przez poszczególne dziedziny nauki oraz, czego właśnie autorzy podjęli się w przedstawionej pozycji, próby syntezy. Siłą rzeczy niemożliwe było ujęcie w przedłożonej pracy wszystkich aplikowalnych sposobów analizy rzeczywistości. Nie pretendując do wskazania wszystkich możliwości, przedstawię poniżej, oprócz wskazania kilku zdań odrębnych w kwestiach szczegółowych, także potencjalnego rozwoju badań, które mają fundamentalne znaczenie dla budowy społeczeństwa państwa dobrobytu<sup>3</sup>.

Pierwsze zdanie odrębne dotyczy ujęcia kwestii systemu kontraktowego z perspektywy podmiotu leczniczego przy wyraźnym niedostatku spojrzenia systemowego. Na przykład przyjęcie wyceny usługi zdrowotnej w trybie administracyjnym może być postrzegane czy odczuwane jako naruszenie wolności. Osobiście oceniam, że taka perspektywa fałszuje, a przynajmniej zabarwia emocjonalnie rzeczywisty obraz. Do powszechnie przyjętej interpretacji o narzucaniu warunków finansowych należy wnieść dwa zastrzeżenia. System kontraktowania pomiędzy monopsonem (tj. NFZ) a podmiotami w istocie jest rodzajem umowy adhezyjnej: możesz tylko przyjąć lub odrzucić obowiązujące rozwiązanie dotyczące rozliczeń. W praktyce system finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce jest w istocie po prostu mutacją systemu etatystycznego<sup>4</sup>. Można oczywiście także i w tym przypadku znaleźć elementy przy-

---

<sup>2</sup> Pozostawiając, w celu spójności wywodu, na pewnym marginesie rozważania wpływu zdrowia somatycznego na stan psychiczny oraz społeczny, które nie budzą wielu kontrowersji moralnych.

<sup>3</sup> Zakładając milcząco konsensus w tym zakresie. Dlatego zresztą poniższe badania mają bardzo praktyczny sens. Teoria fundamentów moralnych wyjaśnia wystarczająco precyzyjnie nasze indywidualne i zbiorowe rozumienie, głęboko zresztą zróżnicowane, słowa/przedrostka „dobro”.

<sup>4</sup> Ministerstwo Zdrowia za sprawą przyjętych regulacji w dużym stopniu przywróciło system w swojej istocie etatystyczny, określając zarówno normy zatrudnienia kadr medycznych, jak i wysokość wynagrodzenia.

musu, gdyż na poziomie polityki krajowej są przyjęte dość sztywne normy. W istocie jest to jedno z kluczowych rozstrzygnięć, ponieważ nie ma możliwości wprowadzenia systemu publicznego finansowania jakiegokolwiek usługi publicznej bez swego rodzaju administracyjnej, biurokratycznej formy przymusu. W praktyce zarówno system czysto etatystyczny, jaki np. funkcjonował w Polsce do końca lat 90., to jest wprowadzenia kas chorych (a następnie NFZ), jak i czysto rynkowy<sup>5</sup> nie może być traktowany jako bardziej czy mniej wolny. Wszędzie znajdziemy elementy ekonomicznego przymusu, zatem rozpatrywanie tego elementu z perspektywy osi zniewolenie – wolność nie ma większego sensu.

### **CZP – alternatywa zarówno dla etatyzmu, jak i wewnętrznego rynku?**

Kolejne zastrzeżenie do analizy pilotażu w perspektywie teorii fundamentów moralnych należy uczynić w odniesieniu do kontekstu generalnej konstrukcji koncepcji nadbudowy rozwiązań etatystycznych o elementy wywiedzione z koncepcji nowego publicznego zarządzania. Tymczasem CZP warto byłoby rozpatrywać z perspektywy rodzącej się szkoły organizacji opieki zdrowotnej opartej na wartości<sup>6</sup> i zarządzania nią. W myśl nowego systemowego podejścia finansowanie świadczeń zostaje podporządkowane osiągnięciu obiektywnych i subiektywnych pożytków dla pacjenta. Pierwsze z nich opierają się na kryteriach klinicznych i funkcjonalnych poprawy uzyskanej dzięki interwencji, drugie biorą pod uwagę subiektywną ocenę rezultatu przez samego pacjenta. Uzyskanie równowagi wartości po stronie profesjonalistów, mających oczywiście pełne prawo do postrzegania swojej sytuacji z własnej, ludzkiej i osobistej perspektywy wykonywania pracy, powinno pozostać na uwadze na etapie projektowania, wdrażania i ewaluacji nowych rozwiązań, w tym pilotażu w zakresie zdrowia psychicznego. W tym miejscu konieczne należy zwrócić uwagę na funkcjonujący w Polsce sposób wdrażania

---

<sup>5</sup> „Wolny najmita” dysponuje oczywiście większym poziomem wolności od niewolnika, nawet jeśli warunki materialne nie różnią się znacząco. Właściwą wartością mającą zastosowanie do oceny systemu kontraktowego może być w zasadzie tylko uczciwość. Idąc dalej: „ograniczenie wolności” łączy się niemal automatycznie z „czynieniem krzywdy”. Wszystkie pozostałe oceny są jedynie nieuzasadnioną logicznie, chociaż w pełni psychologicznie zrozumiałą próbą umotywowania wyższego wynagrodzenia lub zmniejszenia wymagań. To z kolei prowadzi do dalej idącego wniosku: istotne znaczenie ma nie tylko wielowymiarowe wykorzystanie TFM do oceny danego rozwiązania, ale także ustalenie ilościowe w poszczególnych domenach „dobra i zła”. To pozwoliłoby na przykładowe rozstrzygnięcie: dany aspekt (np. system kontraktowania/wynagradzania) powinniśmy w pierwszej kolejności mierzyć „uczciwością”, w drugiej krzywdą, a dopiero w trzeciej (lub wcale) – „wolnością”.

<sup>6</sup> *Value Based Health Care* (VBHC).

osiągnięć nauki w medycynie. Jakkolwiek generalny obraz jest całkiem pozytywny, to warto zwrócić uwagę, że proces ten oparty jest na osmozie idei i praktyk ze świata<sup>7</sup>. Z tego powodu pacjenci mogą jednocześnie otrzymać w naszym kraju zarówno świadczenia o najwyższym światowym poziomie, jak i substandardowe, oparte na zdezaktualizowanej wiedzy. Kwestia ta nie omija i psychiatrii, gdzie sprawne wprowadzanie rozwiązań opartych na aktualnych ustaleniach nauki jest nawet trudniejsze<sup>8</sup> niż w pozostałych specjalnościach medycznych. Reasumując, koncepcja fundamentów moralnych powinna stać się naturalnym kontekstem świadomej przebudowy systemu w kierunku ochrony zdrowia psychicznego opartej na wartościach.

Kolejną kontrowersję wśród praktyków wywoła także stwierdzenie dotyczące zastosowania środków przymusu fizycznego, na przykład pasów magnetycznych. Co prawda między wierszami można wyczytać usprawiedliwienie w postaci zbyt niskiej obsady dyżurowej. Tymczasem sytuacja jest w gruncie rzeczy prostsza do ujęcia i stanowi właśnie jeden z ważnych moralnych argumentów za reformą i rozwojem centrów zdrowia psychicznego. Z jednej strony wyeliminowanie konieczności zastosowania przymusu<sup>9</sup> bezpośredniego nie jest i nie będzie możliwe. Możliwe i pożądane będzie natomiast ograniczenie skali stosowania tego rodzaju narzędzia. CZP są jedną z najlepszych metod ograniczania potrzeby sięgania po takie rozwiązanie, ponieważ dają zdecydowanie większą szansę na utrzymanie osoby z problemami zdrowia psychicznego w równowadze „neurofizjologicznej” za pomocą terapii, ale także wsparcia społecznego, które dużo trudniej zapewnić w ramach tradycyjnego systemu organizacji.

---

<sup>7</sup> Oczywiście zwrotnie, jakkolwiek wciąż mniej, niż pozwalałyby proporcjonalnie nasz potencjał, także wnosimy wiedzę do światowej medycyny.

<sup>8</sup> Ilustruje to „debatą” na temat regulacji zawodów psychologa i psychoterapeuty. W praktyce jest to potyczka wewnątrz środowiska, w niewielkim stopniu rezonująca w społecznej przestrzeni informacyjnej.

<sup>9</sup> Przymus w psychiatrii ma w istocie charakter prewencji wtórnej. Stosuje się go wobec braku alternatywy w sytuacji bezpośredniego zagrożenia dla samego pacjenta i/lub jego otoczenia. Kwestionowanie „prawa” z pozycji humanistycznych (w istocie chodzi o uprawnień, które mogą być wykorzystane tylko przy spełnieniu jasnych kryteriów, pozostających pod ścisłą, formalną kontrolą) do stosowania przymusu przez lekarza, pielęgniarkę czy ratownika ma często w tle brak kontroli sądowej. Samo w sobie prawo/uprawnienie państwa to szersza kwestia, w którym działanie medyków jest określonym wycinkiem. To jeszcze jeden argument za rozwojem CZP w ramach instytucji państwa.

### **Niegodziwa mamona aktywuje układ nagrody**

W rozważaniach nad reformą psychiatrii w świetle argumentów opartych na teorii fundamentów moralnych ważnym filarem powinna być psychoekonomia. W rozwoju myśli politycznej od XIX w. „człowiek ekonomiczny”, czyli kierujący się własnym interesem, stał się niemal aksjomatem. Obecnie nasza wiedza na temat bodźców ekonomicznych, w najbardziej wymierny sposób mierzonych w przepływie wartości mierzonej w pieniądzu, znacząco się pogłębiła. Dlaczego zatem łatwo zauważalny, a nawet mierzalny efekt przepływu wartości na działania pod wpływem dodatnich i ujemnych przepływów finansowych jest tak często ignorowany? Odpowiedzią jest zrozumienie wspomnianych sił motywacyjnych, które mają dużo bardziej dalekosiężny efekt. Jednostki racjonalizują swoje ekonomicznie motywowane wybory i – rzecz jasna – dzieje się to w zakresie aparatu pojęciowego funkcjonującego w obrębie poszczególnych osi wartości, uszczegóławiających to, co uważamy za dobre i złe. Mechanizm ten ma fundamentalny efekt i tłumaczy rolę jednostek<sup>10</sup>, zajmujących kluczowe miejsca decyzyjne, na przebieg historii.

W drugiej części chciałbym przedstawić kilka pozytywnych, praktycznych uwag i możliwych uzupełnień do przedstawionej konstrukcji publikacji. Szeroko rozumiane władze publiczne, opierając się na elementach nowego publicznego zarządzania, wciąż w niewielkim stopniu aplikują wskazówki Deminga i jego następców w zakresie zarządzania jakością. Wskazany deficyt jest szczególnie widoczny, gdy wdrażane są zmiany o charakterze systemowym, jakim jest niewątpliwie rozwój CZP. Wskazany w rozdziale 1 przykład projakościowego rozwiązania – tj. umiejscowienia oddziału ogólnopsychiatrycznego, będącego zapleczem CZP, w szpitalu wielospecjalistycznym – jest tego dobitnym przykładem. Rozwiązanie takie jest korzystne zarówno dla podopiecznych centrów, którzy przecież niewolni są od problemów somatycznych, jak i dla pacjentów szpitala spoza tej grupy. Ci ostatni też byłiby nierzadko beneficjentami możliwości konsultacji psychiatrycznej, a w razie potrzeby – objęcia zintegrowaną pomocą zespołu CZP. Tymczasem, pomimo że temat od początku pilotażu obecny był w dyskusjach, nie doczekał się pogłębionej analizy, nie mówiąc o wyciągnięciu praktycznego wniosku, czyli wskazaniu zmiany strukturalnej jako celu polityki i monitorowania ich efektywności<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> „Psychologiczna” siła pieniądza działa oczywiście w zróżnicowany sposób na poszczególnych ludzi, a nawet na te same osoby w różnym czasie.

<sup>11</sup> Gwoli uczciwości należy wskazać, że MZ ogłosiło konkurs na alokację oddziałów psychiatrycznych do jednostek wieloprofilowych. Audytorom pozostawiam weryfikację, w jakim stopniu konkurs ten okazał się sukcesem.

Innym praktycznym wnioskiem wskazanym w niniejszej pozycji jest postulat oceny efektywności na podstawie wskaźników QALY/DALY czy podobnych miar. W istocie wzmocniłoby to wskazaną wcześniej potrzebę bardziej stanowczego opierania systemu opieki zdrowotnej w Polsce na filarze medycyny bazującej na dowodach. Wymagałoby to rzecz jasna zarówno dodatkowych zasobów (np. skoordynowanego z projektami pilotażowymi systemu grantów z Agencji Badań Medycznych), jak i mechanizmu wyciągania wniosków i podejmowania decyzji zarządczych, a w dalszej kolejności – legislacyjnych. Fundament uczciwości powinien zostać trwale umieszczony pod każdą konstrukcją zarządzania publicznymi zasobami.

### **Nadopiekuńczość spowalnia rozwój i może promować hazard moralny**

Niezwykle cennym wkładem pracy jest analiza możliwości wdrożenia hybrydowego<sup>12</sup> modelu państwa opiekuńczego, spełniającego jednak nadal wymóg niepozostawiania nikogo potrzebującego bez wsparcia. Niektóre elementy „płacenia za ryzyko”, jak słusznie zauważa autor, są już w Polsce wdrożone, jak na przykład podatek cukrowy czy specjalne opodatkowanie alkoholu. Pogłębienie<sup>13</sup> hybrydowej reformy państwa opiekuńczego, nawet w tylko zakresie ochrony zdrowia psychicznego, wymagałoby nie tylko naukowych czy rządowych analiz, ale także dialogu społecznego opartego na wszystkich fundamentach. Bez wątplenia podejście takie odpowiadałoby także potrzebom i oczekiwaniom społecznym mającym za podstawę uczciwość, lojalność czy nawet czystość i wolność<sup>14</sup>.

Istotną wskazówkę, jak sformułować cele kolejnego etapu reformy w kierunku zmniejszenia nierówności i dyskryminacji, znajdziemy w opisanej w rozdziale 3 analogii pomiędzy pozornie tak oddalonymi obszarami medycyny, jakimi są psychiatria i nefrologia. Postulat zawarty w tej części ma zresztą zastosowanie do wszystkich specjalności klinicznych. Dopóki nie skoncentrujemy się na racjonalnym planowaniu, egzekwowaniu

---

<sup>12</sup> To jest solidaryzmu powiązanego, jak zaprezentowano w rozdziale 2, z różnymi mechanizmami włączania współodpowiedzialności.

<sup>13</sup> Typowym przykładem jest reforma emerytalna z 1999 roku, potem zresztą mocno zmodyfikowana. Ze względu na strukturalny deficyt finansów publicznych (przy jednocześnie zwiększonych wydatkach i przyszłych zobowiązaniach na obronność) dalsza modyfikacja już stała się pilna wobec prognoz demograficznych i ekonomicznych. W ciągu 3–4 lat spodziewać się należy zmiany statusu z „pilnego” na „palący”.

<sup>14</sup> Wobec przeważającej narracji „żadnych nowych podatków” przesunięcie akcentu z produktywności na efektywność i zarządzanie ryzykiem miałyby szanse uzyskać poparcie lub przynajmniej akceptację.

i ewaluacji opieki z perspektywy poszczególnych grup chorych, dopóty pozostaniemy w obszarze nisko ocenianych usług publicznych, przegrywających narracyjnie ze świadomymi zwolennikami maksymalizacji marży w ochronie zdrowia<sup>15</sup>.

W tym świetle nie mogę się zgodzić z wyrażonym w kolejnym rozdziale postulatem wdrożenia zasady refinansowania z publicznych środków prywatnych, zwłaszcza w przypadku finansowania opieki w ramach CZP. Praktyka ekonomiczna pokazuje, że w pogoni za maksymalizacją zysków ulegają jednostki i organizacje we wszystkich branżach. Refinansowanie pomaga w pierwszej kolejności tę maksymalizację łatwo osiągnąć, a jednocześnie nie ma moim zdaniem przekonujących dowodów na znaczące zmniejszanie nierówności. Efekt poprawy dla niższych warstw klasy średniej może być przez chwilę zauważalny. W dłuższej perspektywie schemat ten jest nieefektywny, nie wspiera w żaden sposób jakości i oparcia świadczeń na dowodach skuteczności, a jednocześnie utrwała zarówno „nadprodukcję” świadczeń<sup>16</sup>, jak i fragmentację opieki. Inną sprzecznością takiej praktycznej próby rozwiązania problemu jest skazywanie się na dalsze obniżenie rangi merytorycznego autorytetu, szerzej opisane w rozdziale 6. Przy ograniczonym poczuciu choroby w szeregu psychiatrycznych jednostek nozologicznych oparcie się na systematycznie budowanym autorytecie i kompetencjach merytorycznych interdyscyplinarnych zespołów CZP taka dekompozycja finansowania sprzyja, co zresztą obserwujemy w krajach wdrażających takie „proste” transakcyjne rozwiązania. Wątpliwości co do wskazanego w tej części komentarza nie umniejszają w żadnym stopniu istotności problemu, jakim pozostaje nierówność.

### **Ignorując problemy, niczego nie rozwiążemy**

Powiązanie lojalności z formalnie wprowadzonym<sup>17</sup> systemem ograniczenia występowania zdarzeń niepożądanych jest ciekawym, nie w pełni oczywistym skojarzeniem. Łącznikiem byłaby tu lojalność, rozumiana jako uczciwość wobec pacjenta. Tymczasem

---

<sup>15</sup> Co sprawdza się we wszystkich sferach usług publicznych. Przy czym zdrowie jest kluczowe – właśnie ze względu na silne oparcie wartości zdrowia na fundamentach moralnych.

<sup>16</sup> „Oszukiwanie” co do potrzeby realizacji świadczeń nie jest nowym ani ograniczonym do ochrony zdrowia zjawiskiem. Rozwinięta w wiekach średnich ideologia cechów rzemieślniczych skierowana przeciwko niezrzeszonym konkurentom (partaczom) jasno wskazuje na iluzję takiej podbudowy. Sięgnięcie do powyższej jest o tyle uzasadnione, że samorządy zawodów medycznych opierają się właśnie na tych wielowiekowych koncepcjach cechowych. Te ostatnie zaś pozostają pod wpływem sprzeczności dwóch moralnych fundamentów: lojalności wobec własnych członków (którzy są rzetelni w stopniu opisanym krzywą Gaussa) i uczciwości wobec klientów.

<sup>17</sup> Częściowo wprowadzone. Konsekwentne wprowadzenie systemu *no fault* (bez orzekania o winie) przyspieszyłoby ten proces i wzmocniło jakość świadczeń.

w całej polskiej medycynie kultura „zamiatania pod dywan” dających się przewidzieć niepowodzeń szybko zderzy się z dwoma czynnikami: już zwiększoną podażą usług prawnych oraz technologiami AI pozwalającymi znaleźć szybko rzetelne uzasadnienie dla popełnionych błędów<sup>18</sup>. Błędów, dodajmy, wynikających najczęściej z ignorowania fundamentów moralnych w konstrukcji systemu i ich konsekwencji, w szczególności właśnie fragmentaryzacji i braku planowania opieki.

Powiązanie nieprzejrzystości procesu informatyzacji usług publicznych, w tym ochrony zdrowia, także jest nieoczywistym, lecz przy tym zdecydowanie mniej oczywistym skojarzeniem. Mając umysł ukształtowany i uwarunkowany przez teoretyczne i praktyczne obcowanie z lecnictwem, miałem zupełnie inne oczekiwania wobec ostatniego rozdziału przed jego przeczytaniem. Niewątpliwie „nieczystość” i związane z nią odzucie „odrazy” jest wprost, biologicznie zespolone z chorobą. Nie tylko somatyczną, ale także psychiczną<sup>19</sup>. Osobę dotkniętą „nieczystością” wyprowadza się poza zasięg wzroku społeczności. Zintegrowana opieka środowiskowa może być właśnie w ten sposób interpretowana, że pozwala przewyciężyć te nieczyste elementy na tyle, że interakcje społeczne pacjenta przestają tę nieczystość rozpowszechniać.

Bardzo wartościowym wkładem jest rozpatrzenie zawiłych ścieżek „najdłuższego psychiatrycznego pilotażu w nowoczesnej Europie” zawarte w końcowej części pozycji. Każda zmiana wymaga odwagi, ale rozstrzygnięcie, czy zmiana jest „dobra”, czy przyniesie głównie negatywne skutki, nie jest tak prosta, jak wyjaśnienie dziecku, która z postaci kreskówki jest dobra, a która służy siłom zła. Uzasadnienie rozwoju CZP i analiza sił hamujących reformę na podstawie fundamentów moralnych stanowi cenny wkład w rozwój szeregu praktycznych dziedzin wiedzy, w tym teorii i praktyki publicznego zarządzania. Zbadanie źródeł skomplikowanego efektu współzależności pomiędzy przepływem wartości, budowanych na tej podstawie hierarchii i finalnych sił wspierających lub hamujących racjonalną z punktu widzenia interesu publicznego, to trudniejsze zadanie, wciąż czekające na podjęcie systematycznych badań i wyciąganie z nich praktycznych wniosków. Co oczywiście jest niezwykle istotną cnotą.

---

<sup>18</sup> To zderzenie obserwowalibyśmy już teraz, gdyby realnie wdrożono reformę systemu sądownictwa zamiast podporządkować go władzy wykonawczej.

<sup>19</sup> Wypędzanie ducha nieczystego jako obrazowanie leczniczych zdolności Jezusa w ewangelich, co zresztą nie zawsze było w nowotestamentowym duchu interpretowane. Skojarzenie nieczystości z problemami ludzkiej psychiki to oczywiście rozszerzenie pierwotnego, biologicznego mechanizmu, jednoznacznie widocznego w chorobach zakaźnych, zwłaszcza z towarzyszącymi objawami skórnymi, takimi jak choćby trąd.

## dr hab. Błażej Kmieciak, prof. APS



Pedagog specjalny, socjolog i bioetyk, Główny koordynator ds. ochrony zdrowia psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich w Warszawie (od 2 stycznia 2025 r.). W imieniu Rzecznika monitoruje i ocenia realizację praw osób w kryzysie zdrowia psychicznego, przygotowuje m.in. rekomendacje oraz prowadzi sprawy indywidualne i wystąpienia generalne. Wspiera prace komisji ekspertów przy RPO i działania Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur dotyczące praw osób w miejscach detencji. Jest doktorem habilitowanym nauk prawnych i profesorem APS oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; z wykształcenia pedagog specjalny, socjolog prawa, psychoedukator i bioetyk. Przez 8 lat był rzecznikiem praw pacjenta szpitala psychiatrycznego; pełnił też funkcję pierwszego przewodniczącego państwowej komisji ds. przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej 15 lat. Laureat Nagrody Korczaka i Nagrody Aureliusza.

Jakiś czas temu, gdy byłem rzecznikiem praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, zorientowałem się, że w oddziałach, w których przeprowadzono gruntowny remont, stosowano wobec pacjentów mniej środków przymusu bezpośredniego. Pamiętam bardzo dokładnie, gdy w 2006 r. zaczynałem pracę na wspomnianym stanowisku, jak wyglądały oddziały przeznaczone dla kobiet i mężczyzn, u których zdiagnozowano szeroko rozumiane zaburzenia psychiczne. Wiele z tych miejsc znajdowało się w bardzo złym stanie. Po latach, gdy wprowadzono tam solidne zmiany w wyglądzie podłóg, ścian i sal dla chorych, statystycznie rzecz biorąc liczba stosowanych środków przymusowych — takich jak unieruchomienia czy izolacja — istotnie się zmniejszyła. Fakt ten przypomniał mi się podczas lektury raportu opublikowanego przez Panią Doktor Annę Deputat oraz Pana Doktora Tomasza Rowińskiego. Autorzy ci z perspektywy psychiatry i psychologa, a także na podstawie własnych doświadczeń badawczych, w tym socjoekonomicznych, przedstawiają niezwykle ciekawy, choć momentami bardzo smutny obraz obecności psychiatrii w szeroko rozumianym społeczeństwie. Można zadać pytanie – za dr. Jeffreyem Liebermanem – czy psychiatria w Polsce nadal jest „czarną owcą medycyny”, skoro:

- mamy dowody, że oddziaływania środowiskowe są skuteczniejsze niż długotrwała hospitalizacja,
- wiemy, że metody deeskalacyjne stosowane na Zachodzie znacząco ograniczają użycie siły wobec pacjentów,

- zdajemy sobie sprawę, że inwestowanie w profesjonalne wsparcie terapeutyczne pozwala szybko reagować w sytuacjach kryzysowych.

Dlaczego zatem w Polsce takich zmian wciąż brakuje? Dlaczego pilotaż centrów zdrowia psychicznego jest nadal przedłużany? Dlaczego w nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie uwzględniono postulatów pacjentów dotyczących przymusu bezpośredniego? Dlaczego także, mimo dyskusji o zasadach wykonywania zawodu psychologa i psychoterapeuty, realny dostęp dorosłych do psychoterapii nadal pozostaje ograniczony?

Bardzo mocno polecam dokładną lekturę tekstu dr Depukat i dra Rowińskiego. Materiał ten w przejrzysty sposób pokazuje, jak dane liczbowe, analizy statystyczne oraz socjoekonomiczne przekładają się na rzeczywistość. To jednocześnie drogowskazy pokazujące, jak realnie dokonać pozytywnej zmiany. Z jednej strony raport wskazuje na możliwość wprowadzenia pozytywnych modyfikacji, z drugiej prowadzi do smutnego wniosku, że mimo istotnych środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia psychicznego nadal nie obserwujemy modyfikacji o rzeczywiście systemowym charakterze. To ważna przestroga. Omawiany dokument potwierdza ogromną nadzieję, jaka tkwi w rozwoju psychiatrii środowiskowej oraz w tworzeniu centrów zdrowia psychicznego, które oferują nową filozofię działań skierowanych ku konkretnemu człowiekowi. Jak słusznie podkreślają autorzy, owa filozofia konstruująca podobne podmioty musi jednak pozostawać dynamiczna i dostosowana do aktualnych potrzeb. W przeciwnym razie nawet dobrze funkcjonujące punkty konsultacyjne mogą z czasem stać się zwykłymi poradniami, do których znów ustawiać się będą kolejki.

Wydaje się więc, że realna zmiana w psychiatrii jest możliwa dopiero wtedy, gdy zaczniemy analizować nie tylko wysokość nakładów finansowych, ale także sposób ich efektywnego wykorzystania. Istnieją już konkretne modele, propozycje i rozwiązania – a raport dwojga badaczy bardzo wyraźnie to pokazuje.

## Wojciech Konieczny



Lekarz specjalista neurologii, senator X i XI kadencji. W 1995 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 2004 r. uzyskał specjalizację w dziedzinie neurologii. Ukończył studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia na Wydziale Zarządzania Politechniki Częstochowskiej. W latach 2013–2024 pełnił funkcję dyrektora Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. W 2019 r. sprawował mandat radnego Sejmiku Województwa Śląskiego. W Senacie X kadencji zajmował stanowisko przewodniczącego Komisji Nauki, Edukacji i Sportu oraz Komisji Zdrowia. Do 12 stycznia 2023 r. pełnił funkcję przewodniczącego Koła Parlamentarnego PPS. W Senacie XI kadencji pełni funkcję Zastępcy Przewodniczącej Komisji Zdrowia, a także jest członkiem Komisji Sportu. W latach 2023–2025 był sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia. Nadzorował m. in. Departament Zdrowia Publicznego oraz Departament Budżetu i Finansów.

**N**iniejszy raport jest analizą obejmującą zarówno aspekt ogólny (poziom finansowania i organizacja opieki zdrowotnej w Polsce), jak i bardzo szczegółowy (wnioski dotyczące szczegółów działalności centrów zdrowia psychicznego). Jest to materiał oparty na wnioskach z bardzo długiego pilotażu. Jednak pomija, w mojej ocenie, główne pytanie – dlaczego nie udało się wprowadzić jednolitego systemu? Oczywiście jest o tym mowa (sposób podejścia NFZ, tryb zarządzania zmianami, finansowanie, różne podejścia do teorii fundamentów moralnych czy ich części składowych). Nie jest to jednak pytanie, na które można by udzielić tylko jednej krótkiej odpowiedzi. Na początku musimy sobie uświadomić, że gdyby Polskę można było pokryć CZP typu A, to mielibyśmy problem z głowy już kilka lat temu, gdyż ten system jest najlepszym, jaki dało się wymyślić i wprowadzić w życie.

Jeśli jednak CZP nie posiada możliwości całodobowej hospitalizacji, przechodzimy już na system, który możemy nazwać „mieszany”. I tu zaczynają się różne interpretacje, podejścia, sposoby rozwiązania problemów. Stąd próba, której się podjąłem w czasie urzędowania w MZ, połączenia w sensie funkcjonalnym CZP typu B z oddziałami całodobowymi. Oczywiście dalej potrzebne były pewne korekty w funkcjonowaniu centrów, lecz już nie takie, które powodowałyby przesunięcie ich do formy „płacenia

za usługę”. Wiadomo również, że konieczne byłoby dodatkowe finansowanie w wysokości 1,5–2 mld złotych rocznie. O ile sprawę finansowania dałoby się przeprowadzić (wiem, że to brzmi mało wiarygodnie w kontekście aktualnej sytuacji finansowej NFZ – ale jesienią 2024 r. takie podejście w kierownictwie MZ dało się wypracować), o tyle brak zgody środowiska centrów zdrowia psychicznego na niezbędne korekty stanął na przeszkodzie tym działaniom. Wręcz odbył się protest, po którym wszystko zostało tak jak przed nim...

Niezbędne korekty wynikają również ze wspomnianych w raporcie NIK wnioskach ze szczątkowej, jednak bardzo istotnej kontroli NIK. Rzeczywiście pojawił się paraliż decyzyjny obejmujący wszystkich zainteresowanych zmianą w funkcjonowaniu centrów.

Uważam jednak, że ten paraliż jest do przełamania. Centra zdrowia psychicznego są bowiem najlepszym sposobem realizacji działań państwa w tym zakresie. Czy tak się stanie? Czy alternatywą jest zapowiadana w raporcie dalsza komercjalizacja/prywatyzacja tego sektora medycyny? Raport nie daje jednoznacznej odpowiedzi na te pytania, stanowi jednak niezbędną lekturę przed podjęciem dalszych prac i decyzji w tym zakresie.

## Stanisław Kracik



Samorządowiec, polityk, inżynier, absolwent Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. W latach 1990–2009 burmistrz Niepołomic, gdzie przyczynił się do dynamicznego rozwoju gospodarczego miasta i skutecznego przyciągania inwestorów. Poseł na Sejm RP II i III kadencji oraz wojewoda małopolski w latach 2009–2011. W latach 2012–2021 był prezesem Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża oraz dyrektorem Szpitala im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, który pod jego kierownictwem przeszedł ambitną i skuteczną transformację organizacyjną i rozwojową oraz został przekształcony w szpital kliniczny. Działal m.in. w Unii Wolności i Platformie Obywatelskiej, współtworzył Stowarzyszenie „Sieć Solidarności”. Od 2024 r. zastępca prezydenta Krakowa. Uhonorowany m.in. Srebrnym Krzyżem Zasługi i Odznaką Honorową za Zasługi dla Samorządu Terytorialnego oraz nagrodą im. Józefa Dietla.

**Z**aproszenie „poza horyzont zdarzeń”, gdy mowa o narracjach dotyczących zdrowia czy dobra pacjentów, jest wartością samą w sobie, a projekcja tego, co za tym horyzontem można by zobaczyć, wydaje mi się cennym wkładem w debatę o polskiej psychiatrii. Troska, równość, proporcjonalność, lojalność – słowa, których używamy wszyscy, ale bardzo różnie je rozumiemy i w praktykę wprowadzamy. Dobrze, że zostały tutaj dookreślone w odniesieniu dobrze zdefiniowanego dobra pacjentów. Poniżej przedstawiam kilka refleksji po lekturze, będących refleksją ze strony byłego parlamentarzysty, samorządowca i dyrektora szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie.

Zaczynałem pracę w szpitalu 850-łóżkowym, w tym 550 łóżek znajdowało się na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Po uruchomieniu pilotażu i otwarciu dwóch CZP rozbudowywałem leczenie środowiskowe i przekazałem następcy szpital z 250 łóżkami oddziałów ogólnopsychiatrycznych. Szpital zapewnia opiekę psychiatryczną populacji około 2,5 mln mieszkańców. Problem finansów generowany płatnością „za osobodzień” (najniżej wyceniany na tych oddziałach) był jednym z powodów, dla których przeprofilowaliśmy szpital w kierunku specjalistycznym, a w efekcie – w szpital kliniczny. O tym, że stan krytyczny może być dobrym punktem do zmiany na efektywniejszą opiekę nad pacjentem, można także w tym raporcie przeczytać.

Nie powtarzając argumentacji autorów dotyczącej mierzalnych twardymi danymi lepszych wyników leczenia pacjentów w CZP, muszę stwierdzić jasno: nie mogłem i nie mogę zrozumieć uporu decydentów w MZ i NFZ w podtrzymywaniu systemu finansowania leczenia psychiatrycznego jako *pay for services*. Te same podmioty nie mają problemu z płatnością *per capita* lekarzom rodzinnym. Jeżeli już gdzieś mogłoby dochodzić do nadużyć, których tak obawia się NFZ, to nie w psychiatrii. Ten rodzaj choroby nie jest i nie będzie ani nobilitujący, ani modny czy nagminnie symulowany.

Kondycja finansów NFZ jest wszystkim doskonale znana. Tym, co warto byłoby do opisanych w artykule porównań i dylematów dodać, jest wyjście poza budżet służby zdrowia widziany jako pozycja w budżecie NFZ i dopłaty z budżetu państwa. Chorujący pacjent nie tylko generuje koszt leczenia, ale także pobiera zasiłek z ZUS i nie płaci za ten czas podatków. Skracanie hospitalizacji o każdy dzień i powrót pacjenta do pracy to w skali kraju olbrzymia oszczędność. Warto zatem ocenę kosztów finansowania CZP zacząć na przykładzie Małopolski i następnie przeprowadzić symulację efektów i kosztów w skali kraju po wdrożeniu CZP w „drugiej połowie Polski”. Liczba hospitalizacji w zaopiekowanej populacji może drastycznie zmaleć, a efekty społeczne i ekonomiczne na podstawie doświadczeń z pilotażu można wyliczyć jak banalne zadanie matematyczne.

Jeżeli lektura tego raportu uczyni u decydentów w MZ i NFZ bodaj mały wyłom w rutynie ich myślenia, to już warto było go napisać i w tym sensie jest on też „kopernikańskim przełomem”.

## dr n. med. Zbigniew Król



Lekarz specjalista pediatrii, naukowiec, menedżer i urzędnik państwowy, dr n. med., profesor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, od ponad trzech dekad piastuje różne funkcje na szczeblach decyzyjnych, realnie wpływa na sposób funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Pełniąc funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia (2017–2019), uczestniczył w przygotowaniu i wdrażaniu kluczowych elementów reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Najważniejszym działaniami były: 1) uruchomienie pilotażu centrów zdrowia psychicznego – modelu psychiatrii środowiskowej; 2) przygotowanie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, opartego na wielopoziomowej strukturze świadczeń, ukierunkowanej na ograniczenie nadmiernej hospitalizacji najmłodszych pacjentów; 3) nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, tzw. ustawy antydopalaczowej, która zrównała nowe substancje psychoaktywne z narkotykami i wprowadziła skuteczniejsze mechanizmy przeciwdziałania ich obrotowi; 4) kierowanie pracami nad projektem ustawy stanowiącym podstawę kompleksowej reformy psychiatrii sądowej. Obecnie kieruje Milickim Centrum Medycznym sp. z o.o. placówką medyczną, w skład której funkcjonuje Centrum Zdrowia Publicznego typu A obejmujące zasięgiem trzy powiaty, ponadto opracował koncepcję i wdraża centrum koordynowania świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży dla pięciu powiatów.

**R**aport pt. „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” podejmuje ważny i aktualny temat transformacji systemu opieki psychiatrycznej w Polsce. Stanowi ważny głos w debacie o reformie systemu ochrony zdrowia psychicznego. Przedstawiona w nim analiza w wielu miejscach przekracza granice rzetelnej diagnozy systemowej, wchodząc w obszar interpretacji normatywnej i publicystycznej. Autorzy wykorzystują koncepcję fundamentów moralnych jako główną ramę wyjaśniającą spory wokół reformy, co prowadzi do uproszczonego przedstawienia złożonych procesów instytucjonalnych oraz do wartościującej interpretacji działań regulatorów i instytucji publicznych. W szczególności

dotyczy to oceny roli instytucji państwa, interpretacji wyników kontroli Najwyższej Izby Kontroli oraz wniosków dotyczących znaczenia pilotażu centrów zdrowia psychicznego dla dalszego kształtu systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Raport wskazuje na szereg problemów w polskim systemie ochrony zdrowia psychicznego, szczególnie niedofinansowanie świadczeń psychiatrycznych, słabą pozycję psychiatrii w planowaniu strategicznym systemu ochrony zdrowia, dominację mechanizmów sprawozdawczych nad oceną efektów zdrowotnych. Jednocześnie część przedstawionej argumentacji ma charakter publicystyczny, zwłaszcza w zakresie używania kategorii takich jak „instytucjonalna krzywda” czy „przemoc instytucjonalna”, użytecznych w dyskursie publicznym, mniej w analizie polityki zdrowotnej.

Raport przedstawia pilotaż CZP jako jeden z kluczowych elementów transformacji opieki psychiatrycznej w Polsce. Pilotaż CZP doprowadził do istotnych zmian organizacyjnych, w szczególności do rozwoju świadczeń środowiskowych. Przedstawione w raporcie dane wskazują m.in. na: większą liczbę wizyt domowych, zwiększenie liczby osób objętych opieką ambulatoryjną, zmniejszenie liczby hospitalizacji oraz ograniczenie liczby rehospitalizacji, co powinno być podkreślone jako efekt programu.

Jednocześnie należy zgodzić się z autorami raportu, że pilotaż nie został wyposażony w odpowiednio zaprojektowany system ewaluacji, ograniczając możliwość jednoznacznej oceny jego efektów. Wskazać należy, że stan braku tego wyposażenia powstał po kolejnym przedłużaniu programu pilotażowego. Pierwotna wersja programu zawierała wszystkie elementy pozwalające na ocenę efektywności nowo powstających CZP.

Raport krytycznie odnosi się do wyników kontroli NIK dotyczących funkcjonowania CZP, interpretując je jako przykład dominacji logiki kontroli finansowej nad oceną efektów zdrowotnych. Zgodnie z ustaleniami kontroli wskazane nieprawidłowości dotyczyły m.in.: interpretacji zasad rozliczania środków, nadzoru nad podwykonawcami, organizacji pracy w części podmiotów realizujących pilotaż. Skala tych nieprawidłowości była jednak ograniczona. Wnioski pokontrolne powinny być traktowane jako element doskonalenia mechanizmów realizacji programu, a nie jako argument przeciwko samemu modelowi CZP.

Raport trafnie identyfikuje problem wielokrotnego przedłużania pilotażu CZP bez ostatecznego rozstrzygnięcia jego docelowego statusu. Zjawisko to ma poważne konsekwencje, w szczególności utrudnia stabilne planowanie rozwoju systemu, generuje niepewność regulacyjną, utrudnia prowadzenie spójnej polityki zdrowotnej w obszarze

psychiatrii. Przyczyną tej sytuacji nie jest brak uzgodnionej „wartości publicznej”, lecz przede wszystkim brak jednoznacznej decyzji dotyczącej docelowego modelu opieki psychiatrycznej.

## dr n. med. i n. o zdr. Maria Libura



Kierownik Zakładu Dydaktyki Symulacji Medycznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, adiunkt w Katedrze Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

**R**aport Tomasza Rowińskiego i Anny Depukat wpisuje się w ważną, choć w Polsce wciąż zbyt rzadko prowadzoną debatę o normatywnych fundamentach systemu ochrony zdrowia. Dyskusja o reformach instytucjonalnych – liczbie łóżek, kontraktach z NFZ czy strukturze organizacyjnej świadczeniodawców – często abstrahuje od pytania podstawowego: jakie wartości mają organizować system opieki zdrowotnej i jakie konsekwencje instytucjonalne z tych wartości wynikają? Autorzy raportu słusznie wskazują, że spór o przyszłość centrów zdrowia psychicznego nie jest wyłącznie sporem technicznym ani menedżerskim. Jest to w istocie spór o rozumienie dobra pacjenta, odpowiedzialności państwa za zdrowie populacji oraz charakteru solidarności społecznej w obszarze zdrowia psychicznego.

Centra zdrowia psychicznego są nie tylko nowym rozwiązaniem organizacyjnym, lecz przede wszystkim projektem zmiany paradygmatu opieki – z logiki izolacji i hospitalizacji chorych na logikę dostępności, ciągłości opieki oraz integracji usług medycznych i społecznych. W literaturze międzynarodowej transformacja taka jest opisywana jako jeden z kluczowych kierunków rozwoju współczesnych systemów ochrony zdrowia. Psychiatrię środowiskową traktuje się jako odpowiedź na ograniczenia modelu azylowego, który przez dziesięciolecia prowadził do marginalizacji i instytucjonalnej przemocy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Autorzy raportu trafnie przypominają, że instytucjonalna krzywda nie jest jedynie kategorią moralną. Ma ona bardzo konkretne konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne.

Jednocześnie raport pokazuje napięcie pomiędzy aspiracją do zmiany a zdolnością systemu do jej przeprowadzenia. W tym sensie centra zdrowia psychicznego stają się swoistym testem dla polskiego państwa: sprawdzianem, czy potrafi ono prowadzić reformy systemowe wymagające koordynacji działania wielu aktorów, stabilnego finansowania oraz długoterminowej wizji polityki zdrowotnej. Autorzy słusznie wskazują na kwestię legitymizacji reformy. W Polsce wiele zmian systemowych napotyka opór nie dlatego, że ich cele są kontrowersyjne, lecz dlatego, że proces ich wdrażania

napotyka na brak zaufania i konflikty interesów. W przypadku centrów zdrowia psychicznego napięcia te są szczególnie widoczne. Część środowiska psychiatrycznego postrzega reformę jako zagrożenie dla stabilności instytucjonalnej istniejących oddziałów psychiatrycznych. Z kolei samorządy i organizacje społeczne często podkreślają niedostateczne finansowanie i brak jasnego podziału odpowiedzialności pomiędzy różnymi poziomami systemu. To napięcie można interpretować szerzej – jako przykład strukturalnej trudności w prowadzeniu polityk publicznych w państwie o niskim poziomie zaufania do instytucji. Reformy wymagające współpracy międzysektorowej – a do takich należy psychiatria środowiskowa – są szczególnie wrażliwe na deficyt stabilności polityk publicznych.

W tym sensie problemem nie jest wyłącznie taki czy inny projekt reformy, z założenia niedoskonały, lecz także zdolność państwa do utrzymania ciągłości polityki zdrowotnej ponad cyklami politycznymi. Historia polskiego systemu ochrony zdrowia pokazuje, że wiele inicjatyw rozpoczynało się z dużymi ambicjami radykalnej transformacji, by następnie stopniowo tracić impet w wyniku zmian politycznych, które karmią konflikty pomiędzy różnymi graczami.

### **Dobro pacjenta jako zasada systemowa**

Raport wielokrotnie odwołuje się do kategorii dobra pacjenta jako najwyższej wartości systemu. Jest to deklaracja oczywista na poziomie normatywnym, jednak w praktyce jej realizacja bywa trudna. Dobro pacjenta nie jest bowiem kategorią jednowymiarową – obejmuje zarówno skuteczność kliniczną, jak i dostępność świadczeń, poszanowanie godności czy możliwość funkcjonowania w środowisku społecznym. Psychiatria jest obszarem, w którym napięcia między tymi elementami są szczególnie widoczne. Model hospitalizacji może zapewniać bezpieczeństwo kliniczne w sytuacjach kryzysowych, ale jednocześnie wiąże się z ryzykiem izolacji i stygmatyzacji. Model środowiskowy z kolei zwiększa dostępność i integrację społeczną, lecz wymaga złożonej infrastruktury organizacyjnej. Dlatego kluczowym pytaniem nie jest to, czy należy rozwijać centra zdrowia psychicznego, ale raczej – w jakim stopniu system ochrony zdrowia jest gotowy zapewnić im warunki funkcjonowania, w tym stabilne finansowanie oraz integrację z systemem pomocy społecznej.

### **Entropia systemu**

Jedną z ciekawszych kategorii użytych w raporcie jest pojęcie entropii systemu. W kontekście ochrony zdrowia autorzy łączą je z naturalną tendencją instytucji do reprodukcji istniejących struktur i procedur. W Polsce problem ten jest szczególnie widoczny w ochronie zdrowia. Mamy do czynienia z systemem, który przez lata funkcjonował w warunkach chronicznego niedofinansowania, a jednocześnie był obciążony licznymi reformami cząstkowymi. W rezultacie powstała struktura o dużej złożoności

i ograniczonej zdolności adaptacyjnej. Centra zdrowia psychicznego próbują przełamać tę logikę poprzez zmianę sposobu finansowania i organizacji opieki. Istnieje jednak ryzyko, że reforma zostanie wchłonięta przez istniejące struktury i utraci swój transformacyjny potencjał.

### **Szerszy kontekst polityki zdrowotnej**

Debata o psychiatrii środowiskowej powinna być również umieszczona w szerszym kontekście polityki zdrowotnej. W ostatnich latach rośnie świadomość, że zdrowie psychiczne jest jednym z kluczowych wyzwań zdrowia publicznego w Europie. Pandemia COVID-19, zmiany społeczne oraz presja ekonomiczna przyczyniły się do wzrostu zapotrzebowania na usługi psychiatryczne i psychologiczne. Jednocześnie systemy ochrony zdrowia w wielu krajach pozostają niedostosowane do tej zmiany. Historycznie psychiatrii poświęcano znacznie mniej zasobów niż innym obszarom medycyny. Polska nie jest tu wyjątkiem – udział wydatków na zdrowie psychiczne w całkowitych nakładach na ochronę zdrowia pozostaje relatywnie niski. W tym kontekście centra zdrowia psychicznego można traktować jako próbę strategicznej korekty struktury systemu. Ich powodzenie lub porażka będą miały znaczenie nie tylko dla samej psychiatrii, lecz także dla ogólnej zdolności państwa do prowadzenia polityki zdrowotnej opartej na długoterminowej wizji.

Centra zdrowia psychicznego mogą stać się jednym z najbardziej znaczących projektów modernizacyjnych polskiego systemu ochrony zdrowia. Jednak ich sukces nie jest przesądzony. Historia reform zdrowotnych pokazuje, że nawet najlepsze projekty mogą zostać osłabione przez brak instytucjonalnej determinacji. Dlatego najważniejszym pytaniem nie jest dziś to, czy model psychiatrii środowiskowej jest właściwy – w świetle doświadczeń międzynarodowych odpowiedź wydaje się oczywista. Kluczowe pytanie brzmi raczej: czy państwo polskie jest gotowe stworzyć warunki, w których ten model będzie miał szansę rzeczywiście funkcjonować. Od odpowiedzi na to pytanie zależy, czy centra zdrowia psychicznego staną się trwałym elementem systemu opieki, czy też kolejną reformą, która pozostanie wiecznym pilotażem.

## Mariola Łodzińska



Pielęgniarka, prezeska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, magister pielęgniarstwa, absolwentka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, magister prawa i administracji w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, absolwentka podyplomowych studiów menedżerskich z zarządzania w ochronie zdrowia, oraz studiów podyplomowych w zakresie zarządzania i promocji zdrowia na Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, absolwentka studiów MBA w Ochronie Zdrowia. Duże doświadczenie w pracy na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Członkini Mazowieckiej Rady Zdrowia Psychicznego oraz Powiatowej Komisji ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom. Od 2016 r. członkini Rady ds. wdrożenia w Polsce Usystematyzowanej Nomenklatury Medycznej (SNOMED). Członkini Zespołu ds. opracowania zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych przy Ministrze Zdrowia. Członkini Państwowej Komisji Egzaminacyjnej. W latach 2018–2024 członkini Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych na Mazowszu. Ekspertka Rady ds. Bezpieczeństwa Szpitali Od 2022 r. członkini ministerialnego Zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Od 2024 r. przewodnicząca Zespołu ds. określenia obszarów, w tym czynności zawodowych, w których może być realizowana zaawansowana praktyka pielęgniarek przy Ministrze Zdrowia. Wykładowczyni na uczelniach i szkoleniach specjalizacyjnych. Współpracuje z organami administracji rządowej i samorządowej, angażując się społecznie w różne projekty dotyczące osób z zaburzeniami psychicznymi, przemocy wobec osób starszych, kobiet i dzieci.

**K**omentarz do raportu warto rozpocząć od stwierdzenia, że siłę państwa mierzy się kondycją jego najślabszych obywateli. Opracowanie trafnie pokazuje, że polska psychiatria od lat funkcjonuje w warunkach systemowego niedofinansowania,

które stanowi nie tylko problem budżetowy, ale także realne zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia pacjentów. Mechanizmy finansowania utrwalają nierówność psychiatrii wobec innych dziedzin medycyny, co bezpośrednio wpływa na jakość leczenia, warunki hospitalizacji oraz dostępność pomocy.

Szczególnie niepokojący jest model kontraktowania leczenia szpitalnego oparty na stawce osobodnia. Nie uwzględnia on rzeczywistego stanu zdrowia pacjentów psychiatrycznych, u których bardzo często występują choroby somatyczne wymagające kosztownej diagnostyki i terapii. Placówki otrzymują takie samo finansowanie niezależnie od stopnia złożoności przypadku, co prowadzi do przerzucania kosztów leczenia chorób współistniejących na zadłużone szpitale psychiatryczne i utrwalania ich deficytu finansowego. Za przejaw dyskryminacji w psychiatrii można uznać brak osobno rozliczanego transportu w trybie pilnym lub specjalistycznym, tak jak to ma miejsce w przypadku leczenia somatycznego. Ponadto nie można pominąć faktu, że oddziały funkcjonują w warunkach niedoboru personelu, przeciążenia pracą oraz pogarszającej się infrastruktury. Braki kadrowe, w tym niewprowadzenie norm zatrudnienia pielęgniarek w psychiatrii, zwiększają ryzyko zdarzeń niepożądanych i ograniczają możliwość prowadzenia nowoczesnych terapii. System koncentruje się na przetrwaniu instytucji zamiast na zdrowieniu pacjenta, co stoi w sprzeczności z deklarowaną troską państwa o osoby najbardziej bezbronne. Na tym tle pilotaż centrów zdrowia psychicznego był jedną z nielicznych reform dających realną nadzieję na zmianę paradygmatu opieki. Model środowiskowy odchodzi od izolacyjnego leczenia szpitalnego i przenosi ciężar wsparcia bliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Oznacza to łatwiejszy dostęp do pomocy, krótsze hospitalizacje oraz możliwość funkcjonowania pacjentów w środowisku rodzinnym i społecznym. Choroba odbiera im motywację, zdolność planowania i kompetencje organizacyjne. W takich sytuacjach odpowiedzialność powinno przejmować państwo, którego obowiązkiem jest ochrona osób niesamodzielnych i zagrożonych wykluczeniem. Centra zdrowia psychicznego były próbą systemowej realizacji tej odpowiedzialności.

Tym bardziej niepokojące są działania decydentów, którzy zamiast wzmacniać skuteczne rozwiązania, koncentrują się na ograniczaniu wydatków. W debacie publicznej dominuje narracja kosztowa pomijająca długofalowe konsekwencje zdrowotne i społeczne zaniedbań. Pozorne oszczędności generują bowiem znacznie wyższe koszty w przyszłości – społeczne, opiekuńcze i ekonomiczne. Psychiatria przez lata nie była priorytetem polityki zdrowotnej. Brak stabilnego finansowania i odkładanie reform pogłębiały lukę między potrzebami społeczeństwa a możliwościami systemu. Gdy pojawiła się realna szansa poprawy sytuacji pacjentów, proces zmian napotkał bariery administracyjne i finansowy sceptycyzm. Najdotkliwiej skutki tych decyzji odczuwają osoby najsłabsze – pacjenci w ciężkich kryzysach psychicznych oraz dzieci wymagające pilnej pomocy specjalistycznej. Ograniczanie nakładów w tym obszarze

nie jest wyłącznie decyzją ekonomiczną, lecz wyborem moralnym dotyczącym zakresu odpowiedzialności państwa za obywateli. Psychiatria nie może pozostawać obszarem permanentnych oszczędności pogłębiających instytucjonalną krzywdę pacjentów.

Podsumowując, raport stanowi ważny głos w debacie o przyszłości psychiatrii w Polsce. Pokazuje, że bez zmian legislacyjnych, stabilnego finansowania oraz rzeczywistego włączenia modelu opieki środowiskowej do głównego nurtu polityki zdrowotnej psychiatria będzie funkcjonować w warunkach prowizoryczności. Stawką reformy nie jest wyłącznie sprawność systemu, lecz przede wszystkim bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i realizacja konstytucyjnej zasady szczególnej troski o osoby najbardziej potrzebujące wsparcia.

## Maciej Miłkowski



Ekonomista, ekspert systemu ochrony zdrowia, koordynator ds. kosztów w Wojskowym Instytucie Medycznym. Członek Rady Zdrowia przy Prezydencie RP Karolu Nawrockim. Absolwent Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie oraz programu MBA w zakresie oceny technologii medycznych w Akademii Leona Koźmińskiego. Posiada wieloletnie doświadczenie w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz w administracji publicznej. W trzech rządach pełnił funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, był również wiceprezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Pełnił funkcję dyrektora finansowego w instytutach naukowo-badawczych: Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie oraz Instytucie Kardiologii w Aninie. Współtwórca reformy systemu ochrony zdrowia w latach 1998–1999, odpowiedzialny za organizację Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych w Warszawie.

**P**o ośmiu latach od rozpoczęcia reformy psychiatrii środowiskowej w Polsce system znajduje się w sytuacji głębokiego sporu interpretacyjnego dotyczącego efektów funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. Właśnie zapadają decyzje co do przyszłości systemu – na lata, być może kolejne osiem albo i dłużej. Zamiast konsensusu opartego na analizie danych obserwujemy równoległe narracje tworzone przez różne grupy interesariuszy: środowisko twórców reformy, świadczeniodawców, Regulatora oraz Płatnika publicznego. Każda z tych grup interpretuje te same zjawiska w odmienny sposób, akcentując argumenty wzmacniające własną pozycję. W efekcie powstała sytuacja, w której strony prowadzą dialog, lecz faktycznie się nie słyszą, a dyskusja nie prowadzi do wspólnej diagnozy ani do konstruktywnych wniosków dotyczących dalszego kierunku reformy.

Jednym z fundamentalnych problemów reformy był brak jasno zdefiniowanej diagnozy wyjściowej oraz precyzyjnie określonych kryteriów oceny efektów pilotażu. Wprowadzanie zmian systemowych w ochronie zdrowia wymaga określenia punktu startowego, zdefiniowania oczekiwanych rezultatów oraz stworzenia mechanizmu monitorowania postępów. W przypadku centrów zdrowia psychicznego nie zdefiniowano jednoznacznie kamieni milowych pozwalających ocenić, czy pilotaż osiąga zakładane cele kliniczne, organizacyjne i finansowe. Brak takiego systemu ewaluacji powoduje, że ocena reformy opiera się głównie na przekonaniach i doświadczeniach poszczególnych uczestników systemu, a nie na wspólnie uzgodnionym zestawie danych.

Szczególnie istotnym elementem oceny reformy powinna być analiza relacji między kosztami a efektami klinicznymi i społecznymi. Każda zmiana systemowa w ochronie zdrowia generuje dodatkowe koszty, zwłaszcza gdy wprowadza nowe modele organizacji opieki, zwiększa zatrudnienie personelu lub rozszerza zakres świadczeń. W takich sytuacjach konieczne jest precyzyjne określenie, jakie elementy systemu skutkują dodatkowymi wydatkami oraz jakie korzyści przynoszą one pacjentom. W przypadku CZP pojawia się pytanie, czy zwiększone finansowanie wynika z realnego zwiększenia liczby i jakości świadczeń, z rozszerzenia zespołów terapeutycznych, z zastosowania nowych technologii terapeutycznych czy też z konieczności stabilizacji ekonomicznej podmiotów realizujących opiekę psychiatryczną.

Analiza kosztów i efektów powinna być prowadzona w sposób systematyczny i porównawczy, podobnie jak w modelu oceny technologii medycznych stosowanym w projektach typu *hospital based health technology assessment*. Tylko w ten sposób można określić, czy dany model organizacji świadczeń jest rzeczywiście bardziej efektywny klinicznie i ekonomicznie niż dotychczasowe rozwiązania. Brak takiej analizy prowadzi do sytuacji, w której decyzje o kontynuacji lub modyfikacji reformy są podejmowane bez wystarczającej podstawy dowodowej.

Drugim kluczowym problemem jest konflikt pomiędzy interesariuszami reformy. W obecnej debacie każda ze stron przedstawia argumenty potwierdzające własną interpretację wyników pilotażu, jednocześnie ignorując argumenty strony przeciwnej. Płatnik publiczny musi działać w ramach ograniczonego budżetu i odpowiada za stabilność finansową systemu. Świadczeniodawcy koncentrują się natomiast na zapewnieniu ciągłości funkcjonowania swoich placówek oraz na warunkach realizacji świadczeń. Z kolei środowiska eksperckie podkreślają konieczność rozwoju psychiatrii środowiskowej jako bardziej humanistycznego modelu opieki nad pacjentem. Wszystkie te perspektywy są częściowo uzasadnione, jednak brak mechanizmu umożliwiającego ich integrację powoduje narastanie konfliktu zamiast wspólnego poszukiwania rozwiązań.

W takiej sytuacji zasadne wydaje się wprowadzenie do procesu dalszego kształtowania reformy niezależnego mediatora systemowego. Jego rolą nie byłoby rozstrzyganie sporów w sensie arbitrażowym, lecz uporządkowanie procesu dialogu oraz doprowadzenie do wspólnego zdefiniowania problemów wymagających rozwiązania. Mediator powinien zebrać i przeanalizować argumenty wszystkich stron, a następnie skonfrontować je z dostępnymi danymi dotyczącymi funkcjonowania pilotażu CZP. Na tej podstawie możliwe byłoby wypracowanie zestawu realistycznych scenariuszy dalszego rozwoju systemu.

Kluczowym elementem takiego procesu powinno być ustalenie wspólnego zestawu wskaźników oceny reformy obejmujących zarówno efekty kliniczne dla pacjentów, jak i skutki organizacyjne oraz finansowe dla systemu ochrony zdrowia. Dopiero na podstawie tak zdefiniowanych kryteriów możliwe jest podejmowanie racjonalnych decyzji dotyczących przyszłości centrów zdrowia psychicznego. Proces mediacyjny powinien doprowadzić nie tylko do chwilowego porozumienia pomiędzy stronami, ale przede wszystkim do stworzenia trwałego mechanizmu oceny i korekty reformy w przyszłości.

Osiem lat doświadczeń pilotażu CZP stanowi bardzo cenne źródło wiedzy o funkcjonowaniu psychiatrii środowiskowej w polskich warunkach. Warunkiem wykorzystania tego doświadczenia jest jednak odejście od sporów opartych na przekonaniach na rzecz analizy opartej na danych. Tylko w ten sposób możliwe będzie wypracowanie modelu opieki psychiatrycznej, który będzie jednocześnie efektywny klinicznie dla pacjentów oraz finansowo stabilny dla systemu ochrony zdrowia. Nie powinniśmy zaprzestać poszukiwania rozwiązań, gdyż jest to dziedzina niezbędna w naszym funkcjonowaniu mająca coraz większe znaczenie kliniczne i społeczne.

## dr n. tech. inż. Robert Mołdach HKS



Inicjator i prezes Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej, współtwórca Instytutu Zdrowia i Demokracji, członek Zespołu Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rady Programowej Think Tanku SGH dla ochrony zdrowia. Nauczyciel akademicki specjalizujący się w zarządzaniu strategicznym w ochronie zdrowia (SGH, WUM). Strateg gospodarczy i kreator polityk publicznych, autor koncepcji planów transformacji. Posiada ponad 40-letnie doświadczenie w zarządzaniu i nadzorze w sektorach ochrony zdrowia, teleinformatycznym i finansowym. Pilot samolotowy z nieustannym priorytetem jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Autor licznych publikacji i wystąpień dotyczących efektywności interwencji publicznych, wartości publicznej w opiece zdrowotnej oraz budowania sprawnego, bezpiecznego i sprawiedliwego systemu ochrony zdrowia. Mentor liderów ochrony zdrowia.

**P**ublikacja Anny Depukat i Tomasza Rowińskiego stanowi jeden z najbardziej dojrzałych głosów w debacie o reformie polskiej psychiatrii. Pandemia COVID-19, której przebieg ilustruje schemat czterech fal Victora Tsenga, uwypukliła chroniczne deficyty systemu w sposób dramatyczny – czwarta fala problemów psychicznych stała się testem dla państwa o ograniczonych możliwościach działania. Reforma opieki psychiatrycznej, której początki sięgają ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r., a która od 2018 r. realizowana jest w formie wielokrotnie przedłużanego pilotażu centrów zdrowia psychicznego, pozostaje w stanie zawieszenia. Autorzy przekonująco pokazują, że dotychczasowy model *business as usual* nie tylko zawiódł, ale będzie zawodzić dalej, jeśli nie zostanie przeformułowany przez pryzmat moralnych fundamentów systemu.

Szczególna wartość pracy leży w twórczym wykorzystaniu teorii fundamentów moralnych Jonathana Haidta oraz powiązaniu jej z koncepcją wartości publicznej Marka Moore'a. Oś sporu wokół centrów zdrowia psychicznego stanowi konflikt między fundamentem troski – ochrony przed krzywdą, współczuciem wobec pacjenta i rzeczywistym procesem zdrowienia – a fundamentem proporcjonalności – dyscypliną finansową, proceduralną poprawnością i kontrolą wydatków. W polskim systemie instytucjonalnym proporcjonalność przejmuje decydującą rolę: mechanizmy wyceny świadczeń i sprawozdawczości stają się celem samym w sobie. To przejaw słabości państwa,

które skupia uwagę na kontroli poprzez posługiwanie się miernikami aktywności, a nie kreowaniu wartości publicznej poprzez dokonywanie pomiaru wspólnie cenionych rezultatów zdrowotnych i poprawy jakości życia pacjenta.

Autorzy trafnie zauważają, że dotychczasowe zmiany przypominają dodawanie kolejnych epicykli do modelu ptolemejskiego – poprawiają dokładność pozornie, ale nie zmieniają zasadniczej architektury, która z definicji prowadzi do błędu. Polska psychiatria wymaga przewrotu kopernikańskiego: ustawienia troski jako punktu wyjścia i centralnego kryterium wartości systemu zamiast podporządkowywania jej logice budżetu i sprawozdawczości.

Stosowanie środków restrykcyjnych (pasy, przymus bezpośredni) to właśnie jedne z najbardziej wymownych „ornamentów słabego państwa” – tragiczny wyraz bezsilności wynikający z chronicznego niedoboru kadry, braku alternatyw deeskalacyjnych i niedofinansowania. To rutyna strukturalna, społeczne zubożenie, które maskuje głębsze problemy systemu. To nie represja, co przywołują autorzy, lecz konsekwencja strukturalnej słabości państwa, które nie ma zasobów, by działać inaczej.

Najmocniejszym elementem publikacji jest typologia czterech sposobów realizacji troski. Autorzy wyróżniają typy paternalistyczny, usługowy, wspólnotowy oraz inkluzywny. Ten ostatni opiera się na dawaniu pacjentowi realnej sprawczości i wpływu na własne leczenie. Drugim ważnym wkładem jest postulat odwrócenia hierarchii fundamentów. Proporcjonalność powinna być warunkiem koniecznym, lecz nie rozstrzygającym. Troska musi pozostać wartością nadrzędną – nie jako miękka alternatywa, lecz jako czynnik decydujący o kierunku działania systemu. Wymaga to podporządkowania kontroli i finansów jasno zdefiniowanej wartości publicznej – mierzonej efektami zdrowotnymi i społecznymi, a nie jedynie zgodnością proceduralną.

Autorzy patrzą na problem z trzech stron: naukowej, ze środka reformy i z perspektywy zwykłych obywateli. Ta wielostronność może być odczytana jako brak konsekwencji, lecz w istocie stanowi wartość dodaną. W duchu koncepcji Moore’a twórcy raportu niosą ducha wspólnoty – niespokojną, poszukującą wartości publicznej wyobraźnię – i pełnią rolę osób dających impuls do zmian, wskazując miejsca, w których biurokracja hamuje skuteczność działań.

Reforma centrów zdrowia psychicznego ma szansę powodzenia tylko wtedy, gdy intuicja moralna troski zostanie osadzona w strategicznym trójkącie Moore’a – w realnych możliwościach działania i w szerszej legitymizacji społecznej. Bez tego grozi dalsza entropia systemu – dryf, który udaje pilotaż zamiast prowadzić do przełomu.

Publikacja Depukat i Rowińskiego nie jest po prostu kolejnym raportem; jest apelem o przywrócenie wyobraźni wspólnotowej i zwrot w polityce publicznej, w którym moralna diagnoza systemu musi spotkać się z realną wolą zmiany.

## Kacper Olejniczak



Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia i Sektora Life Sciences Konfederacji Lewiatan, która jako reprezentatywna organizacja pracodawców zrzesza członków reprezentujących praktycznie wszystkie obszary systemu ochrony zdrowia. Z ochroną zdrowia związany od dziewięciu lat. Przed dołączeniem do Konfederacji Lewiatan pracował w Komisji Europejskiej i MedTech Europe. Członek Prezydium Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia i Zespołu ds. Ochrony Zdrowia Rady Dialogu Społecznego. Absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego i College of Europe.

**R**aport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” stanowi udaną próbę zastosowania nowego paradygmatu w ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Publikacja ta wnosi świeże i niezwykle potrzebne spojrzenie na opiekę psychiatryczną, która w obecnym kształcie nie wytrzymuje konfrontacji z rosnącymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Zgodnie z diagnozą autorów podejście typu *business as usual* wyczerpało swoją efektywność, co wymusza poszukiwanie rozwiązań pozwalających na spójność intencji z realnymi rezultatami.

Wykorzystanie teorii fundamentów moralnych do analizy pilotażu centrów zdrowia psychicznego jest rozwiązaniem oryginalnym. Raport pokazuje, że obecny konflikt w ochronie zdrowia nie jest jedynie sporem o instrumenty prawne, lecz o hierarchię wartości, które system ma realizować. Teoria pozwala wyjaśnić, dlaczego różne strony debaty publicznej mimo deklarowanego kierowania się dobrem pacjenta dochodzą do sprzecznych wniosków. Autorzy wskazują, że w obszarze zdrowia psychicznego (a być może również szerzej – w całym systemie ochrony zdrowia) to troska powinna być fundamentem rozstrzygającym, stojącym w opozycji do dominującej obecnie logiki formalnej kontroli i rozliczeń.

Szczególnie mocno wybrzmiewa teza, że instytucjonalna krzywda w psychiatrii nie jest sumą nieszczęśliwych wypadków, lecz bezpośrednim skutkiem wadliwych regulacji prawnych i mechanizmów finansowania. W konsekwencji to nie troska stanowi fundament regulacji opieki psychiatrycznej, a państwo sankcjonuje przemoc instytucjonalną, nawet jeśli nie było to jego intencją.

Autorzy zauważają, że w obecnych warunkach sam wzrost finansowania ochrony zdrowia stał się mało efektywny w poprawie zdrowia publicznego. Rozwiązaniem może być systemowa reorganizacja w stronę lepszej koordynacji usług, czego modelem przykładem jest psychiatria. Opieka środowiskowa stanowi zmianę jakościową, która może funkcjonować, wyłącznie opierając się na innej podstawie finansowania świadczeń. Innymi słowy – na innym paradygmacie moralnym, stawiającym na zaufanie, a nie skupiającym się na kontroli finansów i rozliczeń, która przenika cały system ochrony zdrowia.

Sukces pilotażu centrów zdrowia psychicznego pokazał, że efektywność systemu ochrony zdrowia zależy od sprawnej koordynacji oraz ścisłej współpracy lokalnych interesariuszy, czego doskonałym przykładem są wyniki osiągnięte w województwie małopolskim. To właśnie takie podejście wydaje się niezbędne do przeprowadzenia skutecznej reformy całego sektora. Wartości moralne stojące za sukcesem pilotażu trafnie odpowiadają na współczesne wyzwania i potrzeby systemu ochrony zdrowia. Choć zaproponowany przez autorów nowy paradygmat oceny jest niezwykle odświeżający i inspirujący, obawiam się jednak, że jego teoretyczna natura oraz pewien idealizm mogą utrudnić oddolną adaptację w obecnych strukturach. Mimo to warto mieć nadzieję na zmiany, gdyż system pilnie potrzebuje drogowskazu pozwalającego uniknąć decyzyjnego paraliżu. Zgodnie z sugestią autorów rolę taką mogłaby pełnić troska, rozumiana jako jeden z kluczowych fundamentów moralnych.

## r. pr. Krzysztof Olkowicz



W latach 2015–2017 zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich, w latach 2015–2021 – przewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, w latach 2017–2021 – główny koordynator ds. ochrony zdrowia psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, obecnie członek Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego.

**P**rezentowany raport stanowi analizę obecnego stanu wciąż nierozwiązywanych problemów w systemie opieki psychiatrycznej. W istocie pokazuje konflikt wartości. Z jednej strony to zdefiniowane przez autorów troska, równość, czystość, lojalność, autorytet, a więc wartości, które są fundamentem dla wsparcia osób w kryzysach zdrowia psychicznego, a z drugiej strony model opieki opartej na zasadzie odpłatności za usługę (*fee-for-service*), gdzie decydującą rolę odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia narzucający wyceny i kontraktowanie opieki psychiatrycznej oraz skomplikowany system kontroli przy braku rzeczywistego dialogu między NFZ a centrami zdrowia psychicznego. Słusznie zauważono, że uproszczone oceny ograniczają się albo do narracji, że podmioty lecznicze to złodzieje, albo do stwierdzenia, że NFZ to organizacja mafijna i jesteśmy świadkami upadku jej misji.

Od 2015 r. uczestniczę we wdrażaniu reformy zdrowia psychicznego. Dzięki uporowi, determinacji prof. Jacka Wciórki, prof. Andrzeja Cechnickiego oraz dr. Marka Balickiego doszło do przekonania ówczesnych decydentów o konieczności reformy opieki psychiatrycznej i przetestowania środowiskowego modelu opartego na centrach zdrowia psychicznego. Przełomowe było zaangażowanie podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniewa Króla w przygotowane przez MZ w 2018 r. rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego, które do dziś stanowi podstawę prawną modelu opartego na centrach zdrowia psychicznego. Tym, co wówczas z satysfakcją obserwowałem, było zintegrowanie całego środowiska liderów reformy z jej realizatorami.

W pełni zgadzam się z autorami raportu, że testowanie opieki środowiskowej w ciągu ostatnich ośmiu lat mimo braku stałego wsparcia decydentów dostarczyło ogromnej wiedzy pod kątem optymalnej organizacji świadczeń.

Za zupełnie niezrozumiałe uważam natomiast zamknięcie w 2024 r. Biura ds. pilotażu. Potrzebę powołania Krajowego Ośrodka Zdrowia Psychicznego, monitorującego i koordynującego działania w obszarze zdrowia psychicznego, przedstawił obradujący

w Warszawie w październiku 2025 r. Kongres Zdrowia Psychicznego. Z uwagi na brak na Kongresie kogokolwiek z przedstawicieli MZ została zmieniona trasa przemarszu uczestników Kongresu i rekomendację wręczono przed Ministerstwem Zdrowia.

Cennym wkładem w rozwój psychiatrii środowiskowej, niedocenionym przez Ministerstwo Zdrowia, jest działalność Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Jak przypomnieli autorzy raportu, Stowarzyszenie przygotowało i zaprezentowało propozycję wskaźników jakościowych oraz metod ich pomiaru. Od początku powstania promuje ono dobre praktyki wdrażania pilotażu i składa wnioski w zakresie ustawowego uregulowania systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej osób dorosłych. Należy podkreślić, że fragmentaryczna obecność przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia na konferencjach organizowanych przez Stowarzyszenie potwierdza brak dialogu pomiędzy decydentami a centrami zdrowia psychicznego.

Trudno nie zgodzić się z autorami raportu, że kolejne przedłużenie stanu tymczasowości jest objawem paraliżu decyzyjnego na styku Ministerstwa Zdrowia, NFZ i środowiska reformatorskiego. Zasadnicze pozostaje pytanie, co powinno być ważniejsze dla decydentów: troska o stabilność finansów publicznych czy troska o zdrowie pacjentów. Ekonomia nie może być celem samym w sobie i dopiero właściwe jej usytuowanie jest instrumentem pozwalającym za pomocą niezbędnych środków osiągnąć możliwie najlepsze wyniki.

Stary system się nie sprawdził się, dlatego potrzebna była jego reforma, dla której nie ma alternatywy. W przeciwnym razie wrócimy do systemu azylowego opieki psychiatrycznej.

Jestem przekonany, że niniejszy raport, dostarczający rzetelnych argumentów, wzbogaci toczącą się dyskusję i doprowadzi do zakończenia pilotażu opartego na odpowiedzialności terytorialnej i ryczałcie na populację, a centra zdrowia psychicznego pozwolą na objęcie opieką psychiatryczną całej populacji pacjentów w momencie ich potencjalnego kryzysu psychicznego.

## Magdalena Piekarec



Lekarz specjalista psychiatrii, od 1998 r. pracuje w Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku (dawniej SPSPZOZ w Słupsku), obecnie zastępca dyrektora ds. leczenia Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku.

**W** ciągu wielu lat pracy w systemie opieki psychiatrycznej dane nam było realne doświadczenie skutków aktów prawnych i organizacji opieki zdrowotnej wg różnych fundamentów moralnych. Przeszliśmy drogę od strukturalnej krzywdy i zupełnego zaniechania dbania o interes chorych – co przyjęło postać wyeksploatowanych i technicznie zniszczonych budynków oraz skrajnie niskich nakładów finansowych (niewystarczających, by zapewnić podstawowe wyposażenie, pościel, łóżka) – po fundament proporcjonalności. Drugi z wymienionych wiązał się z wyznaczonymi przez rozporządzenia Prezesa NFZ długościami pobytu pacjenta w oddziale psychiatrycznym w zależności od rozpoznania, pseudokonkursami organizowanymi na zakresy świadczeń ambulatoryjnych, w których nie byliśmy w stanie konkurować z prywatnym podmiotem, przepelnionym oddziałem psychiatrycznym, pacjentami wracającymi do oddziału wkrótce po wypisaniu z powodu braku kontynuacji leczenia, koniecznością dostosowania rozpoznania wg ICD do absurdalnych wymogów refundacyjnych (konieczności dublowania rozpoznania F20 i F31, aby pacjent z zaburzeniem schizofrenicznym mógł być leczony refundowanymi nowoczesnymi lekami).

Obecny model centrum zdrowia psychicznego z finansowaniem ryczałtowym pozwala nam wreszcie wdrożyć w opiece psychiatrycznej fundament troski wraz z postępowaniem zgodnym z aktualną wiedzą medyczną. Możemy szkolić się w terapii grupowej i uczyć lokalną społeczność korzystania z tej formy terapii – chociaż początkowo liczebność grupy terapeutycznej nie jest satysfakcjonująca, jesteśmy w stanie pozwolić sobie na wyjazdy do pacjentów mieszkających w miejscowościach oddalonych od siedziby CZP lub wielokrotnie podejmować próby dotarcia do pacjenta mimo wielokrotnego braku tzw. świadczenia z powodu jego nieobecności w miejscu zamieszkania. Model ten pozwala nam na „tracenie czasu koniecznego do udzielania świadczeń” na zebrania kliniczne, sesje koordynacji czy superwizje. Naszym codziennym doświadczeniem jest tworzenie wspólnych wartości w zespole, swoisty „fokus na pacjenta”. Przyjmowanie, iż fundament troski – ochrony przed krzywdą jest nadrzędny, pozwala na podejmowanie

spójnych decyzji terapeutycznych, wspólnianie celów różnych zespołów, rezygnację z prymatu swojego własnego interesu lub interesu własnego zespołu na rzecz wspólnego działania w trosce o pacjenta.

Wydaje się również, iż wartością dodaną takiego modelu pracy jest budowa kapitału społecznego zarówno w ramach zespołu CZP, jak i lokalnej społeczności. Praca środowiskowa tworzy sieć wsparcia, pozwala nawiązywać nowe relacje międzyludzkie, relacje między instytucjami, ułatwia kontakty pomiędzy jednostkami a instytucjami. Zwyczajne poznanie siebie nawzajem w ramach działających w Słupsku i powiecie słupskim instytucji pomocowych przygotowuje fundament do dalszej pracy nad wspólnymi celami i redefiniowaniem wartości w działaniu na rzecz osób w kryzysie.

Cóż. Pozostaje nam mieć nadzieję, że przetrwamy... i będziemy mogli zajmować się poprawą jakości naszej pracy, efektywności leczenia, ewoluowaniem w kierunku modelu opartego na trosce inkluzywnej, a nie liczeniem procedur, świadczeń czy dostosowywaniem rozpoznań do kolejnych rozporządzeń Prezesa NFZ.

## Monika Rosa



Posłanka na Sejm VII, IX i X kadencji, inicjatorka i przewodnicząca, pierwszej w polskim parlamencie sejmowej Komisji ds. Dzieci i Młodzieży. W poprzednich latach założycielka Parlamentarnego Zespołu Praw Dziecka. Od prawie pięciu lat uczestniczka Kapituły Nagrody Korczaka, współautorka raportu i współtwórczyni inicjatywy monitoringu aktywności dzieci w sieci pt. „Internet dzieci”.

**D**ziękuję autorom opracowania, a jednocześnie współtwórcom centrów zdrowia psychicznego za budowanie mostów z wieloma środowiskami oraz rzeczowe i nowatorskie podejście do opieki środowiskowej. Ich propozycje odwołują się do tego, co najważniejsze – społecznej natury człowieka. W jej formowaniu kluczową rolę odgrywają rozwiązania instytucjonalne. To one kształtują naszą społeczną naturę oraz sposób, w jaki postrzegamy i interpretujemy porządek spraw odbieranych przez domniemaną większość – nasze imaginarium społeczne. Paradoks polega na tym, że właśnie od niego zależy rozumienie podstawowych wartości oraz rodzaj i jakość budowanego ładu instytucjonalnego. Między społeczną naturą człowieka oraz imaginarium istnieje sprzężenie zwrotne. Raport w doskonały sposób obrazuje wynikające z tego dramatyczne napięcie i różnice w interpretowaniu fundamentalnych wartości, wśród których centralną rolę odgrywa troska. Łatwo dostrzec, jak bardzo technokratyczne i zindywidualizowane rozumienie troski w tworzeniu ładu instytucjonalnego zamienia się w troskę paternalistyczną lub usługową. Z perspektywy potrzeb pacjenta w kryzysie zdrowia psychicznego obydwie stanowią zaprzeczenie wartości, którą w założeniach realizują w praktyce, czyli właśnie troski.

W pracy przewodniczącej Komisji ds. Dzieci i Młodzieży niezwykle motywująca jest dla mnie inspiracja płynąca z teorii uznania Axela Honnetha. Zwraca on uwagę, że „walka o uznanie” to największa moralna siła umożliwiająca dokonywanie odważnych zmian społecznych. Honneth wydziela trzy wymiary uznania, z których dwa są zbieżne z argumentacją użytą w niniejszym opracowaniu – uznanie przez instytucje, dające poczucie podmiotowego traktowania, oraz uznanie społeczne, dające szansę na poczucie solidarności ze wspólnotą. Honneth wskazuje też drugi kraniec – odmowę uznania, która skutkuje poczuciem wykluczenia, pogardy, pozbawienia godności i odmowy praw.

Te złowrogo brzmiące określenia są przestrożą dla osób mających wpływ na tworzenie rozwiązań instytucjonalnych. Kierowanie się nieadekwatnym rozumieniem indywidualnej troski skutkuje budowaniem rozwiązań spełniających kryteria przemocowe.

Autorzy opracowania wskazują, czym kończy się „prywatyzowanie” problemu cierpienia psychicznego, a więc przetrzucanie odpowiedzialności na jednostki, które w zderzeniu z machiną wielkich instytucji nie mają szans na uznanie i odzyskanie elementarnej podmiotowości. Przez długie lata robiliśmy wiele, aby nie widzieć, że społeczne uwarunkowania odgrywają kluczową rolę w wielu rodzajach kryzysów psychicznych. Nie mam wątpliwości, że środowisko stanowi też najważniejszy czynnik leczący i to w nim leży dzisiaj klucz do rozwiązania dramatycznego kryzysu zdrowia psychicznego dzieci i dorosłych oraz naszej społecznej odporności.

W pracach komisji dużo miejsca poświęcamy wpływowi środowiska cyfrowego na rozwój młodych ludzi. Bardzo chciałabym, żeby proponowane przez autorów podejście opisujące środowiskowe uwarunkowania życia i potrzebę budowania właściwego ładu instytucjonalnego zakotwiczonego w trosce o najbardziej wrażliwe grupy społeczne przeniesiono też na grunt dyskursu o wyzwaniach rozwojowych oraz cieniach obecnego etapu funkcjonowania cyfrowych technologii informacyjnych.

Jeśli stoimy dzisiaj przed – używając słów autorów – „imperatywem redefinicji i uzgodnienia wspólnej wartości publicznej”, to pozwoliłam sobie na przedstawienie bliskiej mi aksjologii, w czym całkowicie solidaryzuję się z głównym przesłaniem tego bezcennego opracowania.

## prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec



Psychiatra, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz prorektor ds. nauki PUM. Członek Zarządu European Psychiatric Association (EPA), zaangażowany w rozwój europejskich standardów opieki psychiatrycznej, promocję psychiatrii środowiskowej oraz wzmacnianie jakości i bezpieczeństwa pacjenta w systemach ochrony zdrowia. Uczestniczy w krajowych i międzynarodowych gremiach eksperckich zajmujących się polityką zdrowia psychicznego, integracją opieki oraz wdrażaniem podejść skoncentrowanych na zdrowieniu i prawach pacjentów.

**R**aport Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej stanowi istotny wkład w debatę nad kierunkiem reformy opieki psychiatrycznej w Polsce. Autorzy proponują oryginalną i intelektualnie spójną perspektywę, łącząc teorię fundamentów moralnych Jonathana Haidta z koncepcją wartości publicznej Marka Moore'a. Takie ujęcie pozwala lepiej zrozumieć, dlaczego w obszarze zdrowia psychicznego – mimo deklarowanej troski o pacjenta – dochodzi do trwałych napięć pomiędzy interesariuszami systemu oraz do rozbieżnych interpretacji tego, czym w praktyce jest „dobra” opieka.

Z perspektywy klinicznej, ale również doświadczeń pracy w gremiach krajowych i europejskich, należy podkreślić, że współczesna psychiatria stoi przed wyzwaniem podwójnym: z jednej strony rosną potrzeby zdrowotne populacji, z drugiej konieczność budowania systemów opartych na jakości, dostępności i prawach pacjenta. Reformy psychiatrii środowiskowej, rozwijane w wielu krajach europejskich, nie są jedynie zmianą organizacyjną – stanowią przesunięcie paradygmatu w stronę opieki skoncentrowanej na zdrowieniu, integracji usług i ciągłości leczenia.

Szczególnie przekonująca jest diagnoza „pęknięcia semantycznego” pomiędzy troską jako doświadczeniem ludzkim a troską instytucjonalną zapisaną w prawie i mechanizmach Płatnika. W psychiatrii owo pęknięcie ma dramatyczne konsekwencje: pacjent w kryzysie nie doświadcza systemu jako opieki, lecz odbiera go jako labirynt procedur, ograniczeń i przrzucania odpowiedzialności. W tym sensie fundament troski – ochrony przed krzywdą – powinien rzeczywiście stać się osią reformy, a nie jedynie deklaracją w preambułach programów zdrowotnych.

Jednocześnie warto podkreślić, że napięcie pomiędzy troską a proporcjonalnością nie musi być grą o sumie zerowej. Odpowiedzialność za środki publiczne jest niezbędnym warunkiem trwałości systemu, ale staje się destrukcyjna, gdy zastępuje mierzenie realnych efektów zdrowotnych. Krytyka dominacji logiki kontrolnej nad logiką zdrowienia jest w raporcie zasadna, szczególnie w kontekście braku adekwatnej ewaluacji pilotażu CZP i marginalizacji wskaźników jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta.

Pilotaż centrów zdrowia psychicznego był jednym z najbardziej ambitnych projektów ostatnich lat, odpowiadającym na międzynarodowe rekomendacje dotyczące deinstytucjonalizacji i wzmacniania opieki lokalnej. Doświadczenia zgromadzone w Polsce pokazują zarówno potencjał tego modelu, jak i konieczność jego dalszego uporządkowania: jasnego określenia wartości publicznej, stabilnych ram prawnych, adekwatnych mechanizmów finansowania oraz rzetelnej ewaluacji opartej na wskaźnikach klinicznych, jakościowych i społecznych.

Szczególnie trafna jest przedstawiona w raporcie refleksja, że system ochrony zdrowia nie może być oceniany wyłącznie przez pryzmat kontroli proceduralnej czy logiki rozliczeniowej. W psychiatrii miarą sukcesu powinny być przede wszystkim efekty zdrowotne, bezpieczeństwo pacjentów oraz realna redukcja cierpienia i wykluczenia. Odpowiedzialność za środki publiczne pozostaje niezbędną, ale musi być zintegrowana z perspektywą troski jako fundamentu nowoczesnej polityki zdrowotnej.

Raport należy odczytać jako zaproszenie do pogłębionej, ponadinstytucjonalnej współpracy. Przyszłość polskiej psychiatrii zależy od zdolności do budowania trwałego konsensusu wokół zdrowia psychicznego jako strategicznej wartości publicznej państwa.

## Katarzyna Sarnicka



Psycholożka, specjalistka psychologii klinicznej, działaczka społeczna i aktywistka związkowa. Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów od 2021 r., ponownie wybrana na kolejną kadencję w 2025 r. Współtwórczyni OZZP i jedna z inicjatorek działań na rzecz integracji środowiska psychologów w Polsce. Od lat angażuje się w działania na rzecz poprawy warunków pracy i wynagrodzeń psychologów, zwłaszcza w ochronie zdrowia – wielokrotnie zabierając głos w debacie publicznej. Aktywnie uczestniczyła w działaniach na rzecz uregulowania zawodu psychologa, również w pracach legislacyjnych nad ustawą o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, które zakończyły się sukcesem – ustawa została uchwalona. Wielokrotnie reprezentowała środowisko psychologów w mediach i w dialogu z instytucjami publicznymi, zabiegając o wzmocnienie roli psychologów w systemie ochrony zdrowia oraz o wysokie standardy świadczeń psychologicznych i bezpieczeństwo pacjentów w Polsce.

**P**rzestawiony raport w mojej ocenie stanowi mocny i odważny głos w debacie o przyszłości polskiej psychiatrii oraz całego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Jego szczególna wartość polega na tym, że dyskusję o organizacji opieki psychiatrycznej przenosi poza wąskie ramy finansowania usług i ich opłacalności. Autorzy pokazują, że spór o kształt systemu dotyczy w istocie głębszej kwestii – filozofii jego działania oraz hierarchii wartości, które powinny wyznaczać kierunki polityki zdrowotnej państwa.

W tym kontekście bardzo interesujące wydaje mi się wykorzystanie teorii fundamentów moralnych Jonathana Haidta do analizy funkcjonowania polskiej psychiatrii. Autorzy wskazują, że w praktyce systemowej dominującą rolę odgrywa dziś zasada proporcjonalności – rozumiana jako kontrola kosztów, standaryzacja procedur i administracyjne równoważenie wydatków. Jednocześnie na dalszy plan bywa odsuwana zasada troski w różnych wymiarach jako odpowiedzi na cierpienie osób doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego. Ten konflikt wartości jest jednym z głównych źródeł napięć, które obserwujemy dziś w systemie.

Jako działaczka związkowa od lat obserwuję chroniczne niedofinansowanie obszaru zdrowia psychicznego. Niedoszacowanie procedur psychiatrycznych w efekcie skutkuje systemową marginalizacją psychiatrii. W mojej ocenie niedoceniana jest również rola właściwej diagnozy klinicznej i pomocy psychologicznej. W praktyce oznacza to funkcjonowanie całego systemu w warunkach trwałego niedoboru zasobów – zarówno finansowych, jak i kadrowych. Konsekwencją jest ograniczony dostęp pacjentów do usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz rosnące przeciążenie personelu.

Na tym tle szczególnego znaczenia nabiera dyskusja o przyszłości centrów zdrowia psychicznego. Doświadczenia pilotażu pokazały znaczący potencjał modelu środowiskowego, który zakłada bliższe powiązanie opieki ze społecznością lokalną oraz większą dostępność wsparcia. Na obszarze objętym przez centra zdrowia psychicznego poprawił się dostęp do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Jednocześnie nadmiernie przedłużający się stan pilotażu oraz brak jednoznacznych decyzji co do przyszłości rodzi narastającą niepewność – zarówno po stronie pacjentów, jak i kadry. Trudno w tej sytuacji budować stabilne zespoły terapeutyczne, planować dalszy rozwój czy inwestować w kadry, gdy mamy do czynienia z wieloletnią tymczasowością regulacyjną.

Z perspektywy związku zawodowego szczególnie istotny jest wymiar kadrowy tej sytuacji. Brak stabilności organizacyjnej i finansowej przekłada się bezpośrednio na warunki pracy specjalistów. Niepewność i brak wiążących decyzji generują odpływ wysoko wykwalifikowanych psychologów klinicznych do sektora prywatnego, co dodatkowo pogłębia nierówności w dostępie do świadczeń i ma wpływ na wydłużanie kolejek w dostępie do psychologa.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów od lat zabiegał o nową ustawową regulację zawodu psychologa wraz z innymi organizacjami i przedstawicielami środowiska psychologów. Ustawa jako projekt rządowy weszła do porządku prawnego, w najbliższych dwóch latach będą budowane nowe ramy prawne dla zawodu psychologa. Ten nowy akt prawny jest niezwykle istotny dla pacjentów, odbiorców usług psychologicznych i psychologów. Ustawa porządkuje kwestie standardów wykonywania zawodu, odpowiedzialności zawodowej oraz jakości świadczeń. Reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego powinna pozostawać z tym procesem w spójności. Nie da się budować nowoczesnego modelu opieki bez stabilnych i jasno określonych ram prawnych dla profesji, które ten model współtworzą.

W świetle narastającego kryzysu zdrowia psychicznego u osób dorosłych, ale także dzieci i młodzieży przedstawiony raport pokazuje skalę wyzwania. Aktualne dane epidemiologiczne uwidaczniają lukę w dostępie do adekwatnej pomocy dla części obywateli i obywateli w Polsce. W tej sytuacji dalsze funkcjonowanie systemu w stanie przejściowym nie służy ani pacjentom, ani profesjonalistom.

Potrzebne są trwałe rozwiązania legislacyjne oraz stabilne mechanizmy finansowania, które zapewnią ciągłość opieki, bezpieczeństwo pracy specjalistów i rzeczywistą dostępność pomocy dla osób w kryzysie psychicznym. Ochrona zdrowia psychicznego nie może pozostawać obszarem wieloletniej tymczasowości.

Środowisko psychologów deklaruje gotowość, aby aktywnie uczestniczyć w procesie wypracowywania tych rozwiązań jako partner merytoryczny. Ostatecznym kryterium oceny każdej reformy muszą jednak pozostać pytania: czy planowane rozwiązania prawne w wystarczającym stopniu uwzględniają troskę o osoby najsłabsze, doświadczające cierpienia w obszarze zdrowia psychicznego i czy poprawiają dostępność, ciągłość, jakość opieki i leczenia w obszarze psychiatrii.

## Katarzyna Szczerbowska



Dziennikarka, redaktorka, aktywistka na rzecz udoskonalenia systemu ochrony zdrowia psychicznego, rzeczniczka Kongresu Zdrowia Psychicznego, członkini Akademii Liderów Cogito, pracownik Fundacji eKropka, związana z Warszawskim Domem pod Fontanną jako współorganizatorka cyklu akcji poparcia „TAK dla centrów zdrowia psychicznego”. Absolwentka kursu na asystenta zdrowienia, kursu terapii w podejściu otwartego dialogu oraz kursu wsparcia w podejściu reanimacji emocjonalnej. Laureatka nagród: Kobieta Rynku Zdrowia 2025, Człowiek bez Barrier 2026. Osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

**C**zuję zapach zupy mlecznej pomieszany z wonią uryny, niedomytymi ciałami, środkami czystości. Ta mieszanka ma w sobie coś trupiego. Mniej więcej tak pachnie latem ulica Oczki z prosektorium w białym przedwojennym budynku, w którym studenci uczą się kroić ludzkie ciało. I tak nie mogę się ruszyć do stołówki, gdzie można dostać kaszę mannę, makaron z mlekiem albo płatki owsiane. Któraś z tych zup wymiennie występuje w szpitalu w roli śniadania. Zaraz mi ktoś przyniesie jedzenie. Jestem przypięta do łóżka w izolatce. Pasy są mocne i grube – dwa na ręce, dwa na nogi. Przypominają te do kimona, w którym ćwiczysz karate albo dzudo. Tylko że są znacznie dłuższe i zakończone skórzanymi krótkimi paskami ze sprzączką. Pielęgniarki zacisnęły mi je na kostkach i nadgarstkach, błyskawicznie zrobili skomplikowane oploty zaczepione o metalowe ramy łóżka. Nie mogę się ruszać. Mam kamerę do towarzystwa w rogu pokoju. Muszę być zapisana do szpitala, bo podaję się za Jezusa, co bardzo wszystkich niepokoi. Ktoś, kto uważa, że jest Jezusem, nie może pod żadnym pozorem siedzieć w domu, a już na pewno być sekretarzem redakcji. Czekam na swoją córkę. Śni mi się, że wali czekaniem w lód, którym obrosły drzwi do oddziału. Potem dowiem się, że przychodziła codziennie przez dwa tygodnie, ale nie mogła wejść, bo mój stan był za ciężki. Bardzo marzyłam o tym, żeby ją zobaczyć. Myślę, że to moja córka była główną motywacją do tego, żeby starać się wracać do zdrowia. Najważniejsze było dla mnie otoczenie, ci ludzie, którzy mi najbardziej pomagali – mama, mój chłopak i przyjaciółka, taka pani w wieku mojej mamy. Oni mnie myli, przewijali, spacerowali ze mną, mówili do mnie, przynosili mi rzeczy, z których bardzo się cieszyłam. Myślę, że to starania tych trzech najbliższych osób, będące wyrazem ich miłości, pomogły mi wyzdrowieć.

Po wyjściu ze szpitala było mi ciężko. Nie wiedziałam, dokąd pójść, żeby się dalej leczyć. Nie mogłam znaleźć żadnej grupy wsparcia. Indywidualna psychoterapia była dla mnie za droga. Chodziłam do psychiatry po leki, a w domu myślałam głównie o tym, żeby się zabić. Czytałam w internecie teksty o tym, jak najskuteczniej odebrać sobie życie. Nie mogłam się jednak na to zdobyć, bo martwiłam się o to, co będzie z moją córką. Wróciłam do pracy, ale ludzie byli ze mną nieszczęśliwi. Byłam bardzo smutna, codziennie chodziłam w tej samej spódnicy, nie przypominałam siebie sprzed choroby. Bardzo się bałam, że zostanę zwolniona, i ogromnie starałam się pracować jak najlepiej i udowodnić, że jestem już zdrowa. Przez leki miałam trochę unieruchomione ręce i potrzebę dreptania w miejscu. Starałam się ruszać rękami, żeby nikt nie zauważył, że one zastygają, a kiedy już nie mogłam opanować dreptania, zamykałam się w łazience i dreptałam tam. Praca była dla mnie bardzo ważna.

Chciałabym, żeby zachowano centra zdrowia psychicznego w modelu testowanym w pilotażu, żeby się udoskonalały, żeby można było wspierać ludzi w zdrowieniu. Chodzi zarówno o model organizacyjny, jak i finansowy, ponieważ ich połączenie pozwala na działania w lokalnej społeczności, dostosowywanie się do potrzeb pacjentów i zapewnianie ciągłości opieki oraz na szybkie reagowanie w kryzysowych sytuacjach dotyczących społeczności, takich jak powódź czy wypadek pochłaniający życie wielu osób. Chciałabym, żeby wsparcie było dostępne, różnorodne, żeby obejmowało pomocą pacjenta i jego rodzinę. Marzę o tym, żeby osoby z doświadczeniem kryzysu wspierano w powrocie do więzi, pracy, nauki, żeby rozwijano sieć mieszkań wspierających, które już przy wielu centrach są. Żeby zmienił się wizerunek osoby doświadczającej kryzysu, w czym budowanie systemu opartego na psychiatrii środowiskowej ogromnie pomaga. Wreszcie – chciałabym, żeby utworzono Krajowy Ośrodek ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego, żeby centra były wspierane szkoleniami, rekomendacjami, informacjami, dzieleniem się doświadczeniami i dobrymi praktykami. Bardzo o to proszę.

## prof. dr hab. n. med. Agata Szulc



Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Od początku pracy zawodowej związana z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, a od 2013 r. z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Autorka ok. 300 publikacji naukowych (*impact factor* ok. 300 pkt), w tym kilku książek (m.in. *Psychiatria* z Piotrem Gałęckim, wyd. 2018; *Psychiatria w ICD 11 i DSM 5* z Piotrem Gałęckim, wyd. 2023, podręczniki niezbędne do zdania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego). Główny kierunek jej badań to neuroobrazowanie w psychiatrii, przede wszystkim w schizofrenii, a ostatnio w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Najnowsze obszary zainteresowań naukowych to biomarkery w zaburzeniach psychicznych, w tym depresji i schizofrenii, z uwzględnieniem markerów stanu zapalnego. W latach 2016–2019 prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W latach 2019–2023 członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA), współorganizatorka pierwszego w historii Kongresu EPA w Warszawie. Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

**P**owyższy raport zaskakuje tytułem – co to znaczy właściwie „fundamenty moralne w ochronie zdrowia”? W zasadzie pierwszy raz można zaobserwować takie podejście do ochrony zdrowia, w tym ochrony zdrowia psychicznego. Raport potwierdza fakt, że ochrona zdrowia nie może być traktowana jak *business as usual*. Dotyczy to szczególnie psychiatrii. Nie zawsze możemy się spodziewać sukcesu finansowego, zwłaszcza w tak niedoinwestowanej (nadal) dziedzinie. Nie każda reforma na początku ma ścisłe założenia „naukowe” czy empiryczne, ale po kilku latach funkcjonowania można wstępnie ocenić jej wyniki. Reforma, której jesteśmy świadkami od kilku lat, przynosi wiele wniosków, ale też pytań i wątpliwości. Reforma też „żyje” i ewoluuje, a jej uczestnicy, beneficjenci i decydenci uczą się wzajemnie, nie zawsze jednak prowadzi to do widocznego postępu.

Fundament troski i inkluzywności wydaje się najbliższy dla osób zajmujących się pomocą osobom z zaburzeniami psychicznymi. W idealnym świecie te fundamenty powinny być podstawą reformy, z drugiej strony opartej na doświadczeniach uzyskanych w ciągu kilku lat funkcjonowania. Wszyscy zainteresowani oczekują na ostateczny kształt reformy, w którym powyższe czynniki będą uwzględnione z korzyścią dla osób potrzebujących pomocy.

## Witold Tumanowicz



Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej z ramienia Konfederacji. Wiceprezes partii Ruch Narodowy. W latach 2011–2015 był prezesem Stowarzyszenia Marsz Niepodległości. Członek sejmowej Komisji Zdrowia oraz wiceprzewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Opieki Okołoporodowej. W swojej działalności parlamentarnej zajmuje się m.in. tematyką funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności wsparciem pacjentów z chorobami rzadkimi, dostępnością świadczeń medycznych oraz poprawą organizacji opieki okołoporodowej w Polsce.

**R**aport dotyczący pilotażu centrów zdrowia psychicznego potwierdza rzecz zasadniczą: kryzys zdrowia psychicznego w Polsce jest faktem i państwo nie może dłużej traktować tego obszaru jako tematu drugorzędnego. Mamy do czynienia z rosnącą skalą zaburzeń psychicznych, coraz większym obciążeniem systemu i dostajemy coraz wyraźniejszy sygnał, że dotychczasowy model opieki wymaga poważnego uporządkowania. To nie jest problem marginalny, tylko jedno z najważniejszych wyzwań zdrowotnych i społecznych. Raport pokazuje zarówno wzrost potrzeb zdrowotnych, jak i rosnące zainteresowanie rozwojem centrów zdrowia psychicznego. To oznacza, że wiele środowisk medycznych i wiele samorządów widzi w tym modelu potencjał poprawy dostępności do pomocy psychiatrycznej. Sam fakt, że pojawiło się tak duże zainteresowanie tworzeniem nowych placówek, pokazuje, że obecny system nie odpowiada w wystarczającym stopniu na realne potrzeby obywateli.

Nie można jednak poprzestać na ogólnym wrażeniu, że kierunek reformy jest słuszny. Zdrowie psychiczne to zbyt poważna sprawa, by zadowalać się samymi deklaracjami. Z raportu jasno wynika, że pilotaż ujawnił także liczne problemy systemowe. Wciąż nie ma dostatecznie jasnych i trwałych podstaw prawnych dla funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. Wciąż występują problemy z organizacją, koordynacją i finansowaniem. Wciąż nie ma pełnej przejrzystości co do zasad rozliczeń, standardów działania i docelowego modelu odpowiedzialności. Innymi słowy, mamy ambitną reformę, ale nadal nie mamy w pełni uporządkowanego systemu, na którym można by ją bezpiecznie oprzeć. To właśnie ten element powinien dziś budzić największe zainteresowanie opinii publicznej. Nie wystarczy powiedzieć, że centra zdrowia psychicznego mają potencjał. Potencjał trzeba jeszcze umieć przełożyć na trwałe, racjonalne i sprawiedliwe rozwiązania. Państwo nie może działać na zasadzie przedłużającego się eksperymentu, w którym pacjent, lekarz, samorząd i podatnik do końca nie wiedzą, jaki

będzie ostateczny kształt systemu. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia zapowiada wdrożenie rozwiązań systemowych od 2027 r., to już teraz powinno przedstawić konkretny plan legislacyjny, organizacyjny i finansowy. Po latach pilotażu nie ma już miejsca na ogólniki.

Raport pokazuje też bardzo ważną prawdę o naturze tego kryzysu. Zdrowie psychiczne nie jest wyłącznie sprawą służby zdrowia. To kwestia bezpieczeństwa społecznego, jakości życia, zdolności do pracy, funkcjonowania rodzin i odporności państwa na kryzysy. Jeżeli rośnie liczba osób wymagających pomocy, jeżeli problemy psychiczne dotyczą ludzi młodych, aktywnych zawodowo i starszych, to państwo musi potraktować ten temat strategicznie – tym bardziej że każde zaniechanie w tym obszarze oznacza później wyższe koszty społeczne, zdrowotne i ekonomiczne. Dlatego ten raport należy traktować jako poważne ostrzeżenie i zarazem zobowiązanie do działania. Dobrze, że dokument potwierdza skalę problemu i wskazuje kierunki zmian. Ale równie jasno trzeba powiedzieć, że bez twardych decyzji państwa ten proces może ugrzęznąć w pół drogi. A na to Polska nie może sobie pozwolić.

Potrzebujemy systemu, który będzie zapewniał szybki dostęp do pomocy, dobrą koordynację leczenia, przejrzyste zasady finansowania i realną odpowiedzialność za efekty. Potrzebujemy rozwiązań, które będą służyć pacjentowi, a nie administracyjnej wygodzie. Potrzebujemy także uczciwej odpowiedzi na pytanie, jak wydawane są publiczne środki i czy rzeczywiście przekładają się one na poprawę sytuacji chorych.

W mojej ocenie najważniejszy wniosek z tego raportu jest prosty. Polska potrzebuje nie tylko dalszej dyskusji o zdrowiu psychicznym, ale przede wszystkim spójnego, stabilnego i odpowiedzialnie zaprojektowanego modelu opieki psychiatrycznej. To jest dziś obowiązek państwa wobec obywateli. Nie można dłużej odkładać tej decyzji.

## Joanna Wheat



Mama dwudziestosiedmioletniego syna Mateusza, u którego dwa lata temu zdiagnozowano schizofrenię.

**D**okładnie w październiku 2023 r., kiedy syn dostał pierwszej ostrej psychozy, nasze życie zmieniło się nieodwracalnie. Wtedy jeszcze nie wiedziałam, że to całkowicie zburzy moje postrzeganie świata i wpłynie na każdą relację w mojej rodzinie. Schizofrenia odebrała mi syna, a niekończąca się żałoba po nim – takim, jakim go znałam – zmieniła moje życie w pogorzelnisko. Doświadczenie to przewartościowało moje wybory i światopogląd. Zawodowo opiekuję się młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną i z trudnościami behawioralnymi. Mieszkam w Zjednoczonym Królestwie.

Wyrazem kluczem niniejszej pracy jest „troska”. Słowo to przewija się przez wszystkie rozdziały jak zaklęcie, którym zapewne jest, biorąc pod uwagę kondycję dzisiejszego systemu zdrowia psychicznego. Autorzy ukazują troskę jako pożądany i nadrzędny warunek efektywnego wsparcia osób dotkniętych chorobami psychicznymi – przy czym osoby dotknięte to nie jedynie sami chorzy, ale również ich najbliżsi. System jest niewydolny i słusznie zauważono w tej publikacji, że potrzeba bardziej radykalnych zmian niż dotychczas.

W publikacji tej podkreślono ważność empowermentu, czyli oddania sprawczości osobie z doświadczeniem choroby psychicznej. Upodmiotowienie pacjenta, nadanie mu ludzkiej twarzy tworzy bardziej terapeutyczne środowisko, w którym indywidualne potrzeby chorego zostają zauważone i zaopiekowane. Efektywne i proporcjonalne wsparcie rodziny w jej własnym środowisku jest niezbędne dla rekonwalescencji i dobrostanu osób dotkniętych chorobą. Potrzebę zastąpienia troski paternalistycznej i usługowej troską wspólnotową i inkluzywną uwypuklono tu bardzo wyraźnie.

Obraz osoby doświadczającej psychozę funkcjonuje w ogólnej świadomości jako wizerunek osoby nieobliczalnej, groźnej i niebezpiecznej dla ogółu, zgodnie z wykreowaną w kulturze popularnej sylwetką psychomaniaka. Ten bardzo niesprawiedliwy portret osób zmagających się ze swoją psychą wpływa na postrzeganie ich przez pryzmat uprzedzeń, strachu i stereotypów zaczerpniętych z filmów grozy.

Autorzy raportu widzą potrzebę zmian w świadomości społeczeństwa, jednakże warto by było podkreślić, że zarówno dla społeczeństwa, jak i ogólnie pojętego systemu zdrowotnego zmiana postrzegania choroby psychicznej, do której obecnie podchodzi się jako do czegoś wstydliviego, jest opłacalna.

Wczesne interwencje, tak ważne w skutecznym leczeniu, najczęściej inicjowane są w środowiskach, gdzie występuje mniejsze ryzyko stygmatyzacji. To osoby najbliższe choremu są w stanie rozpoznać symptomy choroby najwcześniej. Bez zmiany podejścia do zdrowia psychicznego teoria na temat zmiany systemu przypomina koncepcję szklanych domów. Reorganizacja sposobu finansowania będzie miała w przyszłości pozytywne ekonomiczne skutki, np. zmniejszenie kosztów ochrony bliskich chorego, skuteczniejszy powrót do zdrowia, zmniejszenie bezdomności i – co najważniejsze – deeskalację wpływu choroby psychicznej na życie i zdrowie osób najbliższych.

Problemy i potrzeby wymienione w tej publikacji istnieją i dotyczą nas wszystkich, nie tylko tych chorych i ich rodzin. Nie stać nas na ponoszenie moralnych, społecznych i finansowych kosztów zaniedbań tej sfery życia. Wydolny mechanizm opieki i wsparcia jest po prostu najbardziej opłacalny z punktu widzenia państwa i społeczeństwa. Podkreślenie opłacalności zmian jest skuteczniejsze niż odwoływanie się do moralnych aspektów opieki psychiatrycznej.

Aktywizowanie środowiska chorego nie jest przerwaniem odpowiedzialności, jak zasugerowali autorzy, lecz budowaniem skutecznej i szytej na miarę sieci wsparcia akceptacji oraz skutecznej pomocy. Najbliżsi przy asyście profesjonalistów mogą stanowić niezastąpione źródło opieki i stanowić motywację do kontynuowania leczenia.

## dr hab. Rafał Wiśniewski, prof. UKSW



Socjolog, wykładowca akademicki, menedżer kultury, profesor i prodziekan Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. W latach 2017–2024 dyrektor Narodowego Centrum Kultury, obecnie kieruje działem Statystyki i Parametryzacji Muzeów w Narodowym Instytucie Muzeów. Zasiadał w licznych radach naukowych m.in. CBOS, Biblioteki Narodowej, Muzeum Narodowego w Lublinie i Poznaniu. Jest współinicjatorem i pierwszym dyrektorem Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Europy Środkowo-Wschodniej EUFONIE. Prowadzi badania i publikuje w obszarze kultury, komunikacji międzykulturowej i muzealnictwa.

Z zainteresowaniem zapoznałem się z przygotowanym raportem autorstwa dra Tomasza Rowińskiego i dr Anny Depukat. Autorzy są mi dość dobrze z znani, gdyż od wielu lat przyglądam się ich aktywności prowadzonej na rzecz zdrowia psychicznego (nie tylko dzieci i młodzieży) w Polsce, stąd z radością powitałem tę ważną i potrzebną inicjatywę badawczą, a przede wszystkim upowszechniającą niezwykle delikatną problematykę dot. opieki zdrowia psychicznego.

Na wstępie pragnę zaznaczyć, że nie jest to raport w czystej postaci, ponieważ wychodzi on poza ramy analizy raportowej, lecz umieszczony jest w konkretnej ramie teoretycznej, tj. teorii fundamentów moralnych Jonathana Haidta. Adekwatnie zastosowana rama teoretyczna umożliwia czytelnikowi poruszanie się w całym maszynopisie i dostarcza niezbędnych wskazówek teoretycznych do głębszej refleksji nad kondycją zdrowia psychicznego w Polsce. Tak dobrany *background* teoretyczny świadczy nie tylko o akademickim przygotowaniu autorów, ale akcentuje pierwszoplanowo istotę sprawy, czyli przełożenie konstruktów teoretycznych na język operacyjny konkretnych wskazań i rozwiązań. Jest to zatem interesująca wskazówka dla decydentów, jak krok po kroku można realizować niezbędne zadania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. I jeszcze jedno – praca nie jest jednak wywodem metateoretycznym, lecz bazuje na danych ilościowych (*evidence-based*), szczególnie uwzględniając kosztochłonność całego procesu opieki w zakresie zdrowia psychicznego.

Autorzy przeanalizowali pilotażową rolę i znaczenie centrów zdrowia psychicznego (CZP). Namysł badaczy oparty był na danych ekonomicznych – porównano klasyczne mechanizmy dystrybucji środków ekonomicznych i ich efektywność w stosunku do prowadzonych działań pilotażowych CZP. Autorzy opracowania ukazują szereg

dysfunkcji począwszy od braku zrozumienia decydentów, choć w dyskursach publicznych pojawiają się deklaracje o tzw. trosce o pacjenta oraz wadze i znaczeniu zdrowia psychicznego w Polsce. Nie przekłada się to jednak na działania mające poprawić obecną sytuację. Za ilustrację może posłużyć fakt, iż „blisko 1,9 mln obywateli nie ma dostępu do powszechnej i publicznej ochrony zdrowia psychicznego w momencie potencjalnego kryzysu”. I dalej, badacze podkreślili problemy systemowe dotyczące zdrowia psychicznego w Polsce, w szczególności deficyty kadrowe, niewystarczającą deinstytucjonalizację na wszystkich poziomach leczenia czy też braki w stabilnym finansowaniu psychiatrii.

W moim odczuciu nie chodzi już jednak o dalsze finansowanie działań pilotażowych, bowiem zapoznaliśmy się z ich efektami. Przy całym zrozumieniu dla zaprezentowanych danych ilościowych i efektywności ekonomicznej procesu „gra” (jeśli można niefortunnie użyć tego pojęcia) toczy się o wprowadzenie mechanizmów systemowych, w tym umożliwianie redukcji dysfunkcji systemowych, wieloletnich zaniedbań w zakresie polityk publicznych oraz wspólne pokonywanie pojawiających się wyzwań i trudności. Jest to wspólne wyzwanie, które toczy się o ludzkie życie, szanse prorozwojowe oraz o przyjazne państwo troszczące się o żywotne potrzeby swoich obywateli. Jest to zatem „gra” o wszystko i nie sposób zredukować jej wyłącznie do twardych danych ekonomicznych, nie uwzględniając kwestii społecznych i kulturowych.

W istocie popieram argumenty autorów dotyczące wspólnotowego charakteru namysłu nad problematyką tytułową. Tylko bowiem kumulatywny namysł i osiągnięcie konsensu (nie tylko finansowanego) w zakresie wsparcia, zapobiegania, leczenia i powrotu do codziennego życia jest wspólnym interesem niezależnie od sympatii politycznych czy deklarowanych systemów aksjologiczno-normatywnych. Na koniec warto wspomnieć działania podjęte przez jedną krakowską jednostkę. Dotyczyły one nie tylko leczenia farmakologicznego, psychoterapii, ale również stosowania innych form terapeutycznych, tj. arteterapii. Wspomagały one procesy leczenia przy jednoczesnym poszanowaniu podmiotowości pacjentów. Można zatem poczynić coś więcej na rzecz zdrowia psychicznego Polaków. Ważne jest, żeby były to działania więcej niż doraźne i o charakterze wspólnotowym.

## dr n. pr. adw. Grzegorz Wrona



Przewodniczący Zespołu ds. analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przy Ministrze Sprawiedliwości, doktor nauk prawnych, specjalizujący się w przeciwdziałaniu przemocy domowej i analizie przepisów dotyczących przemocy w rodzinie. Adwokat oraz certyfikowany specjalista i superwizor z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej. Członek Komitetu Rady Europy ds. Przeciwdziałania i Zwalczania Przemocy wobec Kobiet i Przemocy Domowej (GREVIO) oraz Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej przy dyrektorze Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Autor komentarzy do ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz przepisów dotyczących procedury „Niebieskiej Karty”. Pełnił funkcję p.o. dyrektora ds. społecznych i prawa administracyjnego w Biurze Rzecznika Praw Dziecka. Konsultant Warszawskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej oraz superwizor osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej w dzielnicach Warszawy (Wola, Bielany, Ursynów). Aktywnie działa na szczeblu krajowym i międzynarodowym w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej i ochrony praw ofiar przemocy.

**S**pojrzenie na problematykę realizowania polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia psychicznego z punktu widzenia moralności i ewolucji uważam za nowatorskie, a wręcz odkrywczе. Pojęcie moralności państwa może być dyskusyjne, ale nie dotyczy to już pojęcia moralności tych, którzy to państwo tworzą i podejmują w nim decyzje. Perspektywa, w której ochrona obywateli jest powinnością państwa – nie tylko prawną, ale przede wszystkim moralną – stanowi przeciwwagę dla podejścia ekonomicznego w tradycyjnym ujęciu.

Dwadzieścia lat funkcjonowania systemu przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce obnaża jak mało który obszar, jak wielkie są potrzeby i braki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Podkreślana w niniejszym raporcie perspektywa pacjenta – ale i nie mniej ważna perspektywa jego rodziny – w sytuacji przemocy domowej trafia w otchłań, w której udzielanie wsparcia i pomocy jest rzadkim zjawiskiem. Funkcjonowanie centrów zdrowia psychicznego będące próbą budowania równoległego systemu

ochrony wydaje się zatem kluczowe. Moralność indywidualna, podobnie jak moralność zbiorowa, nakazuje chronić słabszego. W sytuacji przemocy osobą słabszą będzie zawsze dziecko doznające przemocy ze strony dorosłego. Doznawanie przemocy przez dorosłych również rodzi moralny paradygmat wsparcia i zapewnienia bezpieczeństwa. Coraz częściej okazuje się, że nie jest to możliwe bez pomocy psychiatrycznej – zarówno dla osób doznających przemocy, jak i tych, które tę przemoc stosują. Myślenie o bezpieczeństwie jako o tworzeniu środowiska, w którym żyje dana osoba, oraz leczeniu pacjenta poprzez m.in. zapewnienie mu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania jest fundamentem, na którym można budować strategię leczenia. Nie da się oddzielić jednego od drugiego. Wiedza i doświadczenie tych, którzy leczą i pomagają, przekazywane tym, którzy podejmują decyzje, rodzą po stronie decydentów moralny obowiązek działania w zgodzie z dobrem i potrzebą ochrony tych, którzy tego wsparcia wymagają. Odpowiednia motywacja do budowania systemu, niezmienna i odporna na zmiany polityczne, buduje również poczucie zaufania do państwa, bez którego nie da się pomóc drugiemu człowiekowi. Eliminuje też doraźne podejmowanie decyzji w zależności od chwilowo wybuchających problemów, które gasną tak szybko, jak powstały, a potrafią zniszczyć latami budowany porządek. Dlatego uważam przedstawiony w artykule fundament myślenia o ochronie zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego za niezwykle porządkujący i stanowiący wstęp do czegoś trwalszego niż mediana zmiany sympatii politycznych i myślenia kategoriami opłacalności fiskalnej.

Deficyt dostępności do bezpieczeństwa i ochrony zdrowia prowadzi nieuchronnie do patologii. Zarówno zachowanie tych, którzy danym dobrem dysponują i je rozdzielają, jak i tych, którzy tego dobra potrzebują, z czasem staje się na tyle agresywne, że wiele osób zmuszonych jest zrezygnować nawet z próby sięgnięcia po pomoc. Dlatego za szczególnie ważny uważam poruszony w raporcie wątek lokalnej dostępności pomocy. Wskazanie, że kod pocztowy nie może być wyznacznikiem statusu, jest bardzo boleśnie trafne. Analogiczne zjawisko występuje w systemie przeciwdziałania przemocy domowej, w którym zaangażowanie i profesjonalizacja pomocy są bardziej lokalnym przywilejem niż ogólnokrajową normą. Po to jednak powstała i funkcjonuje koncepcja państwa, aby dążyć do pozytywnego wyrównywania różnic w taki sposób, by dostępność pomocy była równomierna. W przeciwnym wypadku moralność, od której wychodzimy, staje się podwójna, a zatem nie jest już moralnością, tylko jej przeciwieństwem.

## **dr hab. Anna Zajenkowska, prof. UV**



Dyrektorka Naukowego Instytutu Psychologii na Uniwersytecie WIZJA. Psychoterapeutka, analityczka grupowa, superwizorka aplikantka w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Była przewodnicząca sekcji grupowej i członkini zarządu w European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP), a obecnie przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Dodatkowo ukończyła studia magisterskie z zakresu handlu międzynarodowego na Uniwersytecie w Korei oraz studia podyplomowe z zakresu bankowości w Polskiej Akademii Nauk. Od 15 lat jest związana z Centrum Terapii Dialog, gdzie od 2023 r. kieruje Centrum Leczenia Trudności i Zaburzeń Osobowości; wykłada także w Szkole Psychoterapii Dialog. W swoich badaniach naukowych skupia się na przetwarzaniu informacji społecznych, w szczególności na związku między wrogiem postrzeganiem rzeczywistości, mentalizacją a zaburzeniami psychicznymi; prowadzi również badania nad psychoterapią (więcej informacji: [www.healab.pl](http://www.healab.pl)). Interesuje się także wykorzystaniem wiedzy psychoanalitycznej do lepszego rozumienia zjawisk społecznych, dlatego od 2014 r. jest zaangażowana w projekt Polska na Kozetce oraz w działalność międzynarodowej organizacji International Dialogue Initiative ([www.internationaldialogueinitiative.com](http://www.internationaldialogueinitiative.com)).

## **dr hab. n. zdr. Monika Talarowska-Dublicka, prof. UŁ**



Specjalistka psycholog kliniczny i psychoterapeutka poznawczo-behawioralna. Pracownik naukowo-dydaktyczny Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, specjalizująca się w klinicznych i neuropsychologicznych uwarunkowaniach zaburzeń psychicznych. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy klinicznej z osobami dorosłymi z zaburzeniami psychicznymi. Przez kilkanaście lat była związana z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi, a obecnie z psychiatrycznym lecnictwem

ambulatoryjnym. Jej praktyka kliniczna obejmuje w szczególności pracę z osobami z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami osobowości – zwłaszcza z osobowością *borderline* – oraz z pacjentami doświadczającymi złożonych kryzysów psychicznych wymagających pogłębionej diagnozy funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego. Jej działalność naukowa koncentruje się na psychobiologicznych i poznawczych mechanizmach zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń depresyjnych i zaburzeń osobowości. Autorka licznych publikacji naukowych poświęconych relacjom między procesami poznawczymi, funkcjonowaniem emocjonalnym i czynnikami neurobiologicznymi w psychopatologii. W pracy badawczej i dydaktycznej konsekwentnie łączy perspektywę kliniczną z wynikami badań empirycznych, wspierając rozwój *evidence-based practice* w psychologii klinicznej i psychoterapii.

**R**aport „Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego” stanowi interesującą próbę spojrzenia na system leczenia psychiatrycznego w Polsce z perspektywy filozoficzno-psychologicznej. Autorka i autor analizują reformę nie tylko jako zmianę organizacyjną, lecz także jako proces zakorzeniony w określonych wartościach moralnych. Szczególnie ważne wydają się dwa elementy tej analizy: odwołanie do teorii fundamentów moralnych Jonathana Haidta oraz wykorzystanie typologii relacji lekarz–pacjent.

Przyjęta perspektywa pozwala spojrzeć na reformę psychiatrii nie tylko przez pryzmat finansowania czy organizacji świadczeń, ale również jako na spór o sposób rozumienia troski wobec osób będących w kryzysie psychicznym. Ostatnie lata pokazują bowiem, iż szereg decyzji systemowych wynika z odmiennej priorytetyzacji przyjmowanych wartości: troski o osoby pacjenckie, równości dostępu, proporcjonalności wydatkowania środków publicznych, autorytetu instytucji czy wreszcie – lojalności wobec systemu.

Według nas na uwagę zasługuje równoległość różnych logik działania obecnych w systemie ochrony zdrowia. Troska (rozumiana jako ochrona pacjenta przed cierpieniem i zapewnienie realnego dostępu do leczenia) może przyjmować odmienny charakter w zależności od tego, czy relacja między instytucją a osobą pacjencką opiera się na partnerstwie, czy też na asymetrii władzy (skośna relacja). W modelu paternalistycznym troska oznacza przede wszystkim ochronę i kontrolę, natomiast w modelu partnerskim

zakłada współodpowiedzialność i dialog. W tym sensie autor i autorka zestawiają tradycyjny model opieki psychiatrycznej, związany z dużymi szpitalami i długotrwałą hospitalizacją, z ideą opieki środowiskowej rozwijanej w centrach zdrowia psychicznego. Te pierwsze można interpretować jako instytucjonalną formę troski paternalistycznej, podczas gdy centra zdrowia psychicznego mają być próbą realizacji troski wspólnotowej, partnerskiej, bliższej pacjentowi (obejmującej pomoc ambulatoryjną, wsparcie w miejscu zamieszkania, interwencję kryzysową oraz integrację usług medycznych i społecznych).

Analiza ta jest szczególnie istotna w kontekście doświadczeń osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi. Wiele z nich niesie historię traum, zaburzonych relacji lub społecznego odrzucenia, dlatego relacja opieki łatwo może zostać powiązana z jej przeciwległym biegunem moralnym – doświadczeniem krzywdy. Jeśli opieka instytucjonalna jest odbierana jako przymusowa, ograniczająca sprawczość lub stygmatyzująca, wzmacnia poczucie niesprawiedliwości i bezradności zarówno po stronie osób pacjenckich, jak i personelu medycznego. W szerszej perspektywie mechanizm ten może przyczyniać się do marginalizacji psychiatrii we współczesnym systemie ochrony zdrowia. Wynika to z kilku powiązanych czynników. Po pierwsze, schemat relacyjny opieka–nadużycie oraz troska–pokrzywdzenie, doświadczany w relacjach osobistych, bywa przenoszony na poziom relacji z instytucją i całym systemem opieki. Po drugie, także specjaliści i specjalistki zdrowia psychicznego mogą doświadczać kontaktów z instytucjami państwa głównie jako formy krytycznego nadzoru, któremu nie towarzyszy adekwatne wsparcie organizacyjne ani finansowe.

W związku z tym uważamy, że dyskusja o reformie psychiatrii nie powinna ograniczać się wyłącznie do kwestii organizacyjnych. Konieczne jest również postawienie pytania zarówno o to, jaki model troski ma stanowić fundament systemu ochrony zdrowia, jak i o to, w jaki sposób ma przebiegać monitorowanie poziomu jego realizacji. Nie bez znaczenia jest również ocena sposobu, w jaki owa troska przejawia się w relacjach pacjencko-lekarskich oraz lekarsko-instytucjonalnych.

Centra zdrowia psychicznego stanowią niewątpliwie próbę przesunięcia akcentu z opieki instytucjonalnej na opiekę środowiskową. Przedstawiony nam raport analizujący wyniki pilotażu wskazuje na kilka istotnych efektów tego rozwiązania: zwiększenie dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej, niższy poziom hospitalizacji w porównaniu z obszarami funkcjonującymi w tradycyjnym modelu, lepszy dostęp pacjentów do świadczeń oraz większą ciągłość opieki. Dalsze powodzenie funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego zależy jednak od spójności całego systemu ochrony zdrowia. Kluczowe znaczenie ma zatem monitorowanie procesu zmian (np. poprzez regularne, longitudinalne badania efektywności podejmowanych działań) oraz jego superwizja.

Dzięki temu możliwe jest nie tylko określenie, które rozwiązania okazują się skuteczne, a które wymagają korekty, lecz także zrozumienie mechanizmów stojących za ich powodzeniem lub niepowodzeniem. Superwizja umożliwia bieżącą analizę pojawiających się trudności, refleksję nad praktyką instytucjonalną oraz stopniowe dostosowywanie sposobów działania do realnych potrzeb osób pacjenckich i zespołów terapeutycznych. Istotne jest zatem włączanie osób zaangażowanych w reformę w jej współtworzenie właśnie poprzez regularne spotkania interwizyjne i superwizyjne oraz wspólną analizę nie tylko kwestii administracyjnych, lecz także psychologicznej dynamiki transformacji systemu – przejścia od modelu paternalistycznego ku bardziej partnerskim formom relacji.

Przyszłość opieki psychiatrycznej w Polsce wymaga nie tylko dalszych reform strukturalnych, lecz także jasnej, spójnej decyzji dotyczącej kierunku normatywnego: czy system ma pozostać oparty na logice usługowej i paternalistycznej, czy też rozwijać modele bardziej partnerskie i wspólnotowe, które wzmacniają podmiotowość osób pacjenckich oraz odpowiedzialność społeczną za zdrowie psychiczne. Proces tej zmiany już się rozpoczął, jednak przejawia się w szeregu napięć i konfliktów obecnych w polskim systemie ochrony zdrowia (być może częściowo wynikających z braku jasnej definicji troski na różnych poziomach systemu opieki psychiatrycznej). Napięcia dotyczą m.in. uznania zdrowia psychicznego za fundamentalny element zdrowia ogólnego (relacja psychiatrii do medycyny somatycznej), a także sporów wokół modeli leczenia: dominacji podejścia objawowego i farmakoterapii versus większego znaczenia oddziaływań przyczynowych, takich jak psychoterapia, terapia środowiskowa czy pomoc psychologiczna.

W tym kontekście centra zdrowia psychicznego pozostają według nas jedną z najbardziej obiecujących prób zmiany logiki działania systemu psychiatrii w Polsce. Ich potencjał polega nie tylko na reorganizacji świadczeń, ale przede wszystkim na przesunięciu akcentu z opieki instytucjonalnej na opiekę środowiskową, bliższą codziennemu życiu osób w kryzysie psychicznym oraz budowania i wspierania ich podmiotowości. Jeśli CZP zostaną odpowiednio wzmocnione organizacyjnie, finansowo i instytucjonalnie, mogą stać się fundamentem bardziej partnerskiego, zintegrowanego i opartego na zaufaniu modelu troski. Ostateczny sukces reformy będzie jednak zależał od konsekwencji państwa w budowaniu stabilnego systemu wsparcia oraz od zdolności do realnej współpracy między sektorem zdrowia, pomocą społeczną i społecznościami lokalnymi.









ISBN 978-83-979615-1-7

