Ogólnopolska Inicjatywa Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej
www.oizpp.pl e-mail: biuro@oizpp.pl

Fundacja EBEN-HEZER ul. Wasilkowska 12c, 04-938 Warszawa KRS 0000965178

Warszawa, 04 listopada 2026 r.

Minister Zdrowia
dr Jolanta Sobierańska-Grenda
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Do wiadomości:

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
2. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Dotyczy: Wniosku o wdrożenie samodzielnej praktyki pielęgniarstwa psychiatrycznego i zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN Mental Health) w nowym modelu Centrów Zdrowia Psychicznego od 2027 r. - opracowanie katalogu procedur, standardów kompetencyjnych, systemu kształcenia oraz odrębnego finansowania świadczeń pielęgniarskich

WNIOSEK O PODJĘCIE SYSTEMOWYCH DZIAŁAŃ LEGISLACYJNYCH, ORGANIZACYJNYCH, EDUKACYJNYCH I FINANSOWYCH NA RZECZ ROZWOJU AUTONOMII PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Szanowna Pani Minister,

w związku z planowanym od 1 stycznia 2027 r. przekształceniem Centrów Zdrowia Psychicznego z modelu pilotażowego w stały element systemu świadczeń gwarantowanych zwracam się z wnioskiem o rozszerzenie zakresu reformy psychiatrii środowiskowej o zasadniczy, dotychczas niedostatecznie uwzględniany element: **rzeczywiste wykorzystanie samodzielnych kompetencji pielęgniarek psychiatrycznych oraz wdrożenie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (Advanced Practice Nursing – APN).**

Zapowiadane zmiany obejmują nowy model finansowania CZP, uwzględniający zasoby placówki, wielkość populacji oraz wskaźniki jakościowe. Zakładają również poprawę dostępności pierwszego kontaktu, ciągłości opieki po hospitalizacji i rozwój sieci centrów.

Kierunek ten należy ocenić pozytywnie. Jednocześnie trzeba postawić zasadnicze pytanie: czy zmiana sposobu finansowania i organizacji placówek rzeczywiście zmieni sposób wykorzystania kompetencji personelu medycznego?

W mojej ocenie istnieje poważne ryzyko, że nowy model utrwali dotychczasową strukturę lekarzocentryczną, w której dostępność świadczeń w dalszym ciągu będzie w dużym stopniu uzależniona od dostępności psychiatrów, a potencjał zawodowy pielęgniarek i psychologów pozostanie niewykorzystany.

Nie można skutecznie reformować psychiatrii, nie reformując jednocześnie podziału kompetencji, odpowiedzialności i finansowania pracy poszczególnych zawodów medycznych.

Nie wystarczy zmienić algorytmu finansowania placówki, jeżeli nie zmieni się modelu udzielania świadczeń, w którym kompetencje poszczególnych profesjonalistów będą wykorzystywane zgodnie z ich przygotowaniem zawodowym.

I. Problem systemowy - niewykorzystane kompetencje i ograniczona dostępność opieki

Polska psychiatria mierzy się z niedostateczną dostępnością lekarzy psychiatrów, rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne oraz koniecznością zapewnienia pacjentom ciągłości opieki.

W tych warunkach utrzymywanie modelu, w którym znaczna część procesów organizacyjnych i klinicznych pozostaje uzależniona od dostępności lekarza, jest **rozwiązaniem nieefektywnym zarówno organizacyjnie, jak i ekonomicznie**.

Pielęgniarka psychiatryczna nie jest wyłącznie wykonawcą zleceń lekarskich. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 4 przewiduje samodzielne udzielanie, w określonym zakresie, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Problem polega na tym, że ustawowa samodzielność nie została w wystarczającym stopniu przełożona na organizację psychiatrycznych świadczeń gwarantowanych, katalog procedur, kontraktowanie i wycenę samodzielnej pracy pielęgniarskiej.

W praktyce mamy zatem do czynienia z rozbieżnością między formalnymi kompetencjami zawodowymi a rzeczywistą pozycją pielęgniarki w strukturze udzielania świadczeń.

Nie można również pomijać roli psychologów, których kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne powinny stanowić integralną część interdyscyplinarnego modelu opieki. Potrzebny jest zatem system, w którym psychiatra, psycholog i pielęgniarka psychiatryczna nie konkurują ze sobą, lecz realizują jasno określone i wzajemnie uzupełniające się zadania.

II. Wniosek o opracowanie katalogu samodzielnych procedur pielęgniarstwa psychiatrycznego

Wnoszę o powołanie zespołu eksperckiego, który opracuje i przedstawi do wdrożenia katalog samodzielnych świadczeń pielęgniarskich realizowanych w CZP.

Proponuję uwzględnienie następujących obszarów:

1. Samodzielna, ustrukturyzowana ocena stanu psychicznego i somatycznego pacjenta w granicach kompetencji zawodowych.

2. Ocena ryzyka samobójczego, autoagresji i zagrożeń związanych z pogorszeniem stanu psychicznego, wraz z wdrażaniem odpowiednich procedur bezpieczeństwa.
3. Monitorowanie stanu klinicznego pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, identyfikowanie objawów pogorszenia i podejmowanie adekwatnych interwencji.
4. Prowadzenie samodzielnych konsultacji pielęgniarskich.
5. Psychoedukacja pacjentów i rodzin oraz programy wspierające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.
6. Monitorowanie farmakoterapii, skuteczności leczenia, działań niepożądanych i adherencji.
7. Prowadzenie programów profilaktyki nawrotów i wczesnego reagowania.
8. Samodzielne planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami po hospitalizacji.
9. Interwencje kryzysowe w zakresie kompetencji pielęgniarskich oraz organizowanie dalszej pomocy.
10. Koordynowanie opieki środowiskowej i współpracy interdyscyplinarnej.
11. Prowadzenie ustrukturyzowanych programów monitorowania pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.
12. Realizacja konsultacji kontrolnych i działań profilaktycznych w ramach zatwierdzonych ścieżek opieki.

Każda procedura powinna mieć określone wymagane kwalifikacje, zakres odpowiedzialności, standard dokumentowania, kryteria eskalacji do psychiatry lub innego specjalisty oraz mierniki jakości.

Nie chodzi o zastępowanie psychiatry w diagnostyce lekarskiej czy podejmowaniu decyzji zastrzeżonych dla lekarza. Chodzi o stworzenie rzeczywistego modelu współodpowiedzialności klinicznej, z poszanowaniem kompetencji i granic zawodowych wszystkich członków zespołu.

III. Wdrożenie modelu APN Mental Health

Wnoszę o rozpoczęcie prac nad wdrożeniem zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w psychiatrii - APN Mental Health.

Model ten powinien obejmować pielęgniarki posiadające odpowiednie wykształcenie, specjalizację, doświadczenie kliniczne i dodatkowe kwalifikacje potwierdzające kompetencje do wykonywania rozszerzonych świadczeń.

Proponuję wyodrębnienie dwóch poziomów praktyki:

1. Pielęgniarka psychiatryczna - samodzielna praktyka

Realizująca określone procedury diagnostyczne, profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, prowadząca konsultacje pielęgniarskie, monitorująca stan pacjenta oraz odpowiadająca za ciągłość opieki w granicach obowiązujących uprawnień.

2. Pielęgniarka zaawansowanej praktyki psychiatrycznej - APN Mental Health

Posiadająca rozszerzone kompetencje kliniczne, przygotowana do prowadzenia określonych ścieżek pacjenta, zaawansowanej oceny klinicznej, podejmowania decyzji w

granicach przyznanych uprawnień oraz samodzielnego realizowania zdefiniowanych świadczeń.

Model APN powinien być oparty na odrębnych standardach kształcenia, certyfikacji, odpowiedzialności zawodowej i okresowej ocenie kompetencji.

Wdrożenie APN wymaga również określenia ścieżki legislacyjnej, która pozwoli przełożyć uzyskane kwalifikacje na formalnie przyznane uprawnienia zawodowe. Samo ukończenie szkolenia nie może być utożsamiane z automatycznym uzyskaniem nowych kompetencji ustawowych.

IV. Rola Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego - kształcenie, standaryzacja i przygotowanie kadr APN

Szczególną rolę w realizacji proponowanego modelu powinno odegrać Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), jako instytucja posiadająca doświadczenie i zaplecze organizacyjne do prowadzenia kształcenia podyplomowego kadr medycznych.

Wnoszę o włączenie CMKP do projektu jako krajowego partnera merytoryczno-edukacyjnego, odpowiedzialnego za przygotowanie i koordynację procesu kształcenia oraz standaryzacji kompetencji pielęgniarek zaawansowanej praktyki w obszarze zdrowia psychicznego.

Proponowany zakres zaangażowania CMKP powinien obejmować:

1. Opracowanie, we współpracy ze środowiskiem pielęgniarskim, psychiatrycznym i psychologicznym, programu kształcenia podyplomowego APN Mental Health.
2. Przygotowanie standardów kompetencyjnych, efektów uczenia się i wymagań kwalifikacyjnych dla pielęgniarek zaawansowanej praktyki psychiatrycznej.
3. Opracowanie modelu weryfikacji i certyfikacji kompetencji, obejmującego wiedzę teoretyczną, umiejętności kliniczne i praktykę zawodową.
4. Przygotowanie kadry dydaktycznej i klinicznej oraz sieci ośrodków prowadzących praktyczne kształcenie.
5. Opracowanie standardów superwizji klinicznej, doskonalenia zawodowego i okresowej oceny kompetencji.
6. Współpracę z wybranymi CZP i szpitalami psychiatrycznymi w zakresie praktycznego wdrażania modelu APN.
7. Udział w ewaluacji efektów kształcenia i skuteczności wdrożenia nowego modelu praktyki.
8. Opracowanie modelu współpracy pomiędzy ośrodkami akademickimi, podmiotami leczniczymi i placówkami realizującymi pilotaż.

Jednocześnie podkreślam, że zaangażowanie CMKP musi zostać powiązane z uprzednim zagwarantowaniem odpowiednich środków finansowych na realizację projektu.

Wnoszę zatem o zobowiązanie Ministerstwa Zdrowia do przygotowania, wspólnie z CMKP, NFZ i właściwymi instytucjami, odrębnego planu finansowania obejmującego:

- opracowanie programów kształcenia i standardów kompetencyjnych;
- wynagrodzenia kadry dydaktycznej i ekspertów klinicznych;

- finansowanie miejsc szkoleniowych i praktyk klinicznych;
- koszty certyfikacji i oceny kompetencji;
- finansowanie czasu pracy uczestników kształcenia, w zakresie przewidzianym w programie;
- przygotowanie ośrodków pilotażowych i zaplecza organizacyjnego;
- monitoring, ewaluację i doskonalenie programu.

Zaangażowanie CMKP nie może mieć charakteru wyłącznie deklaratywnego ani opierać się na dodatkowych, niefinansowanych obowiązkach instytucji. Uruchomienie programu powinno nastąpić po zabezpieczeniu wieloletniego finansowania, określeniu odpowiedzialności poszczególnych podmiotów i przyjęciu harmonogramu realizacji.

Proponuję, aby **CMKP pełniło funkcję krajowego partnera merytoryczno-edukacyjnego projektu APN Mental Health**, natomiast Ministerstwo Zdrowia odpowiadało za jego umocowanie systemowe i finansowe, NFZ za mechanizmy finansowania świadczeń, a AOTMiT za ocenę i taryfikację procedur.

Takie rozwiązanie pozwoli powiązać kształcenie z rzeczywistymi potrzebami systemu ochrony zdrowia, a nie tworzyć kolejnych kwalifikacji, które nie znajdują odzwierciedlenia w uprawnieniach, stanowiskach i wynagrodzeniach.

V. Odrębna wycena i finansowanie świadczeń pielęgniarskich

Jednym z najpoważniejszych problemów jest brak odpowiedniego przełożenia samodzielnej pracy pielęgniarskiej na mechanizmy finansowania świadczeń.

Wnoszę o:

1. Zlecenie AOTMiT analizy możliwości taryfikacji samodzielnych procedur pielęgniarstwa psychiatrycznego.
2. Opracowanie odrębnych produktów rozliczeniowych NFZ dla świadczeń realizowanych samodzielnie przez pielęgniarki.
3. Uwzględnienie czasu pracy, stopnia złożoności świadczenia, kwalifikacji i odpowiedzialności zawodowej.
4. Opracowanie odrębnych zasad finansowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki APN.
5. Umożliwienie raportowania i rozliczania świadczeń bez konieczności przypisywania ich do wizyty lekarskiej, jeżeli ich samodzielna realizacja jest prawnie dopuszczalna.
6. Wprowadzenie mierników oceniających efekty pracy pielęgniarskiej.
7. Uwzględnienie kosztów przygotowania i utrzymania kadry APN w modelu finansowania CZP.

Podkreślam, że AOTMiT nie może samodzielnie ustanawiać kompetencji zawodowych ani tworzyć nowych uprawnień. Jego rolą powinno być dokonanie oceny i taryfikacji świadczeń w ramach właściwych zleceń, po określeniu ich podstaw prawnych, standardów i warunków realizacji.

Samodzielność zawodowa bez możliwości odrębnego rozliczania świadczeń pozostaje samodzielnością formalną, a nie rzeczywistym elementem organizacji systemu.

VI. Reforma struktury zatrudnienia i podziału odpowiedzialności w CZP

Wnoszę o opracowanie standardu organizacyjnego uwzględniającego rzeczywistą rolę poszczególnych zawodów medycznych.

Proponowany podział:

- **Psychiatra** - diagnostyka lekarska, różnicowanie, farmakoterapia, decyzje lekarskie i prowadzenie przypadków wymagających interwencji psychiatrycznej.
- **Psycholog/psychoterapeuta** - diagnoza psychologiczna, ocena funkcjonowania, psychoterapia i interwencje psychologiczne zgodnie z kwalifikacjami i regulacjami zawodowymi.
- **Pielęgniarka psychiatryczna** - samodzielna ocena pielęgniarska, monitorowanie stanu pacjenta, interwencje, psychoedukacja, profilaktyka nawrotów i koordynacja opieki.
- **Pielęgniarka APN** - rozszerzona praktyka kliniczna w określonych obszarach, z odpowiedzialnością odpowiadającą uzyskanym kompetencjom.
- **Pozostali członkowie zespołu** - realizacja świadczeń zgodnie z kwalifikacjami i standardami zawodowymi.

Należy również rozważyć **utworzenie w CZP stanowisk pielęgniarki prowadzącej** (Nurse Case Manager) oraz **pielęgniarki zaawansowanej praktyki psychiatrycznej (APN).**

Samo zwiększenie liczby etatów pielęgniarskich nie rozwiąże problemu, jeżeli nie będzie mu towarzyszyć zwiększenie zakresu odpowiedzialności, samodzielności i możliwości rozliczania świadczeń.

Nowy model powinien również zapewniać dostęp do konsultacji psychologicznych i pielęgniarskich niezależnie od dostępności wizyty psychiatrycznej, oczywiście z zachowaniem zasad kierowania pacjenta do lekarza w sytuacjach wymagających diagnostyki lub leczenia psychiatrycznego.

VII. Pilotaż APN Mental Health 24/7

Wnoszę o uruchomienie pilotażu w 10–15 Centrach Zdrowia Psychicznego, reprezentujących różne warunki organizacyjne i demograficzne.

Pilotaż powinien obejmować:

- samodzielne konsultacje pielęgniarskie;
- prowadzenie określonych ścieżek pacjentów z depresją, zaburzeniami lękowymi i innymi przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- opiekę pielęgniarską po wypisie ze szpitala;
- monitorowanie pacjentów wymagających systematycznej oceny klinicznej;
- interwencje środowiskowe i teleopieki;
- współpracę z psychiatrami i psychologami;
- możliwość uzyskania pilnej konsultacji psychiatrycznej w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

Oznaczenie 24/7 powinno oznaczać zapewnienie całodobowej dostępności odpowiednio zorganizowanej ścieżki interwencji i eskalacji klinicznej, a nie automatyczny obowiązek całodobowej obecności pielęgniarki APN w każdym CZP.

Pilotaż powinien zostać poddany niezależnej ewaluacji pod kątem:

1. Skrócenia czasu oczekiwania na pierwszą pomoc.
2. Poprawy ciągłości opieki po hospitalizacji.
3. Ograniczenia nieplanowanych hospitalizacji, z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów.
4. Poprawy dostępności konsultacji specjalistycznych.
5. Efektywności wykorzystania zasobów kadrowych.
6. Satysfakcji pacjentów i ich rodzin.
7. Kosztów świadczeń w relacji do uzyskiwanych efektów zdrowotnych.
8. Liczby i rodzaju świadczeń realizowanych samodzielnie przez pielęgniarki.
9. Wpływu modelu na obciążenie pracą psychiatrów i psychologów.
10. Bezpieczeństwa klinicznego pacjentów i skuteczności procedur eskalacyjnych.

Wyniki pilotażu powinny stanowić podstawę decyzji o rozszerzeniu modelu na kolejne placówki.

VIII. Harmonogram wdrożenia

Proponuję następujący harmonogram:

- **I kwartał 2027 r.** - powołanie zespołu eksperckiego, zawarcie porozumienia pomiędzy MZ, CMKP, NFZ i AOTMiT oraz zabezpieczenie finansowania projektu.
- **II kwartał 2027 r.** - opracowanie standardów kompetencyjnych, programu kształcenia, katalogu procedur i modelu finansowania.
- **III kwartał 2027 r.** - rozpoczęcie pilotażu klinicznego i pierwszych szkoleń APN Mental Health.
- **2028 r.** - ewaluacja, taryfikacja, przygotowanie niezbędnych regulacji prawnych i doskonalenie programu kształcenia.
- **2029 r.** - rozszerzenie modelu na kolejne CZP i włączenie go do standardowego systemu finansowania.

Harmonogram powinien uwzględniać konieczność wcześniejszego przygotowania podstaw prawnych, finansowych i edukacyjnych. Nie należy rozpoczynać świadczeń w rozszerzonym zakresie przed formalnym określeniem kompetencji i zasad odpowiedzialności.

IX. Wnioski i oczekiwane działania Ministerstwa Zdrowia

W związku z przedstawionymi argumentami wnoszę o:

1. Formalne rozpoczęcie prac nad wdrożeniem samodzielnej praktyki pielęgniarstwa psychiatrycznego i APN Mental Health.

2. Powołanie interdyscyplinarnego zespołu przy Ministrze Zdrowia z obowiązkowym udziałem przedstawicieli pielęgniarstwa psychiatrycznego, APN, psychiatrii, psychologii, NFZ, AOTMiT i CMKP.
3. Opracowanie katalogu samodzielnych procedur pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz standardów kompetencyjnych.
4. Przygotowanie propozycji zmian legislacyjnych, jeżeli obowiązujące regulacje okażą się niewystarczające do wdrożenia postulowanego modelu.
5. Włączenie CMKP jako krajowego partnera merytoryczno-edukacyjnego projektu, odpowiedzialnego za przygotowanie programu kształcenia, standardów kompetencji i systemu weryfikacji kwalifikacji APN.
6. Zabezpieczenie odrębnego, wieloletniego budżetu na kształcenie, certyfikację, praktyki kliniczne, przygotowanie kadry dydaktycznej i ewaluację APN Mental Health.
7. Zlecenie AOTMiT analizy i taryfikacji wyodrębnionych świadczeń pielęgniarskich.
8. Zobowiązanie NFZ do przedstawienia możliwości wprowadzenia odrębnych produktów rozliczeniowych i zasad kontraktowania.
9. Uruchomienie pilotażu APN Mental Health 24/7 w wybranych CZP.
10. Opracowanie standardów organizacyjnych określających zakres odpowiedzialności psychiatry, psychologa, pielęgniarki psychiatrycznej i pielęgniarki APN.
11. Przedstawienie harmonogramu, źródeł finansowania i wskazanie jednostki odpowiedzialnej za koordynację wdrożenia.
12. Zapewnienie udziału niezależnych przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego w pracach nad reformą.

Proszę również o pisemne odniesienie się do każdego z przedstawionych postulatów, wskazanie działań możliwych do podjęcia w ramach obowiązujących przepisów oraz tych wymagających zmian legislacyjnych, a także określenie, czy Ministerstwo Zdrowia przewiduje zabezpieczenie środków na realizację projektu.

X. ZAKOŃCZENIE - REFORMA PSYCHIATRII MUSI OZNACZAĆ RÓWNIEŻ REFORMĘ AUTONOMII ZAWODOWEJ

Szanowna Pani Minister,

reforma Centrów Zdrowia Psychicznego od 2027 r. stwarza realną możliwość uporządkowania i unowocześnienia polskiej psychiatrii środowiskowej. Nie powinna jednak ograniczać się do zmiany sposobu finansowania placówek, algorytmów ryczałtowych i wskaźników jakości.

Nie można mówić o nowoczesnej psychiatrii środowiskowej, jeżeli system nadal nie wykorzystuje w pełni kompetencji zawodów, które mogą i powinny współodpowiadać za opiekę nad pacjentem.

W obliczu niedoboru psychiatrów utrzymywanie niewykorzystanego potencjału pielęgniarek psychiatrycznych jest nie tylko problemem zawodowym, ale przede wszystkim błędem organizacyjnym i ekonomicznym systemu ochrony zdrowia.

Nie postuluję zastępowania jednego zawodu drugim. Postuluję odejście od hierarchicznego modelu organizacji opieki na rzecz interdyscyplinarnego systemu, w którym

zakres odpowiedzialności wynika z kompetencji, kwalifikacji i rzeczywiście wykonywanej pracy.

Psychiatra, psycholog i pielęgniarka psychiatryczna powinni być pełnoprawnymi uczestnikami procesu terapeutycznego, z jasno określonymi obszarami autonomii i współpracy.

Autonomia bez odpowiedzialności nie jest rozwiązaniem. Odpowiedzialność bez autonomii jest natomiast marnowaniem kompetencji. A samodzielna praca bez odrębnego finansowania pozostaje jedynie deklaracją.

Równie istotne jest stworzenie realnej ścieżki kształcenia. CMKP powinno otrzymać możliwość współtworzenia i prowadzenia programu APN, ale pod warunkiem zapewnienia mu odpowiednich środków, kadry i zaplecza organizacyjnego. Nie można oczekiwać od instytucji odpowiedzialnej za kształcenie, że będzie realizowała nowy projekt systemowy bez zabezpieczenia jego finansowania.

Dlatego wnoszę, aby Ministerstwo Zdrowia potraktowało rozwój APN Mental Health jako integralny element reformy psychiatrii w latach 2027–2029, a nie jako odrębny, odległy postulat środowiska zawodowego.

Polska psychiatria potrzebuje nie tylko większej liczby specjalistów, ale również nowego sposobu wykorzystania ich kompetencji. Nie wystarczy zwiększać zatrudnienia, jeśli system nie pozwala profesjonalistom pracować na miarę ich przygotowania i odpowiedzialności.

Pacjent potrzebuje dostępnej, ciągłej i interdyscyplinarnej opieki. System powinien wreszcie zacząć wykorzystywać wszystkie dostępne zasoby profesjonalistów, zamiast uzależniać swoją sprawność od dostępności jednej grupy zawodowej.

Z poważaniem,

Dariusz Popiński
Kierownik Ogólnopolskiej Inicjatywy Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (OIZPP)