

RE THINKING SCHIZOPHRENIA

Faza III: Profile krajowe

Nowe spojrzenie na schizofrenię w Polsce. Związek między schizofrenią a zdrowiem mózgu

Organizacje popierające niniejszy dokument



European College of Neuropsychopharmacology - ECNP



European Psychiatric Association - EPA



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne
(Polish Psychiatric Association)



GAMIAN-Europe



Fundacja Grow Space (Grow Space Foundation)



Fundacja dla Zdrowia Mózgu Mental Power
(Mental Power Foundation)



Stowarzyszenie Integracja

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

Modern Healthcare Institute





Autorzy

Krzysztof Jakubiak, Luiza Jakubiak, Izabella Dessoulavy Gładysz

Konsultacja

Prof. Dominika Dudek, Prof. Piotr Gałęcki, Prof. Małgorzata Janas-Kozik, Dr. Aleksandra Lewandowska, Prof. Agata Szulc

Współpraca

Vinciane Quoidbach, Prof. Pavel Mohr

Afiliacje

Krzysztof Jakubiak – CEO Modern Health Institute

Luiza Jakubiak – dziennikarka medyczna, Rynek Zdrowia

Izabella Dessoulavy Gładysz – Prezeska Fundacji dla Zdrowia Mózgu Mental Power

Prof. Dominika Dudek – Prezes, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Prof. Piotr Gałęcki – konsultant krajowy ds. psychiatrii dorosłych

Prof. Małgorzata Janas-Kozik – pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej

Dr. Aleksandra Lewandowska – konsultant krajowy ds. psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej

Prof. Agata Szulc – Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Prof. Pavel Mohr – Wiceprezes Czeskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; Prezes Czeskiej Rady ds. Mózgu

Vinciane Quoidbach – Kierownik projektu badawczego, Europejska Rada ds. Mózgu

Streszczenie

Kluczowe spostrzeżenia i wyzwania

Schizofrenia jest coraz częściej postrzegana jako zaburzenie mózgu o podłożu neurorozwojowym, które najczęściej ujawnia się między 16. a 28. rokiem życia, choć może wystąpić także wcześniej. W Polsce wdrożenie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) oraz wielopoziomowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży to ważne kroki w stronę poprawy systemu. Mimo tych zmian, system opieki nadal boryka się z poważnymi lukami i wyzwaniami:

- Niewystarczająca koordynacja pomiędzy opieką psychiatryczną dla dzieci i młodzieży a systemem dla dorosłych utrudnia zapewnienie ciągłości leczenia.
- Dostęp do wczesnej diagnozy i leczenia opartego na dowodach jest nierówny – występują trwałe różnice regionalne oraz silna stygmatyzacja.
- Wsparcie rówieśnicze i zaangażowanie rodziny nie są wystarczająco uwzględnione w ścieżkach opieki i są niedofinansowane, pomimo ich udowodnionych korzyści.
- Utrzymują się ograniczenia strukturalne w integracji usług psychiatrycznych, edukacyjnych i społecznych, zwłaszcza wśród młodzieży i osób w wieku wczesnej dorosłości.

Pojawiające się możliwości

Obecna dynamika reform w Polsce stwarza realną szansę na przekształcenie systemu opieki psychiatrycznej w kierunku podejścia opartego na zdrowiu mózgu. Wdrażany pilotaż środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej – realizowany przez Centra Zdrowia Psychicznego (CZP), z naciskiem na wczesną interwencję i podejścia psychospołeczne – przyczynia się do poprawy dostępności i responsywności systemu. Postępy obserwuje się także w obszarze innowacyjnych narzędzi wspierających opiekę psychiatryczną – m.in. w zakresie diagnostyki opartej na sztucznej inteligencji (AI) oraz pilotażowych programów wsparcia rówieśniczego prowadzonych przez MEN, które wnoszą nową jakość w proces leczenia i integracji społecznej osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Model wielopoziomowej opieki psychiatrycznej dla młodzieży, który zakłada zróżnicowane poziomy wsparcia w zależności od nasilenia objawów i stanu klinicznego pacjenta – od środowiskowych ośrodków psychologicznych po wyspecjalizowane oddziały stacjonarne – będzie stopniowo wdrażany w całym kraju.

Priorytety polityczne na przyszłość

Aby wzmocnić system opieki psychiatrycznej i zapewnić ciągłość wsparcia – zwłaszcza dla młodych osób – niezbędne jest przesunięcie w kierunku bardziej zintegrowanych, środowiskowych i skoncentrowanych na pacjencie modeli opieki. Poniższe priorytety określają kluczowe kierunki strategiczne w celu stworzenia bardziej odpornych, sprawiedliwych i opartych na wiedzy o zdrowiu mózgu usług w zakresie zdrowia psychicznego w całej Polsce.

- Opracowanie spójnej, multidyscyplinarnej ścieżki zdrowia mózgu obejmującą cały proces: od wczesnych objawów po długoterminowe zdrowienie, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki oraz kluczowych momentów przejścia między poziomami opieki.
- Włączyć udział osób z doświadczeniem kryzysu (np. asystentów zdrowienia) oraz rodzin w system opieki psychiatrycznej – tak, aby stał się on uznanym, rutynowym i integralnym elementem całościowego modelu wsparcia.

- 
- Rozszerzenie i integracja usług środowiskowych we wszystkich regionach.
 - Promowanie kampanii edukacyjnych mających na celu zmniejszenie stygmatyzacji i zwiększenie wiedzy na temat zdrowia psychicznego.
 - Zapewnienie trwałych inwestycji w cyfrowe narzędzia zdrowotne, takie jak telemedycyna oraz zapewnienie refundacji innowacyjnych terapii.

Kontekst

W ramach kontynuacji zaleceń zawartych w dokumencie badawczym Europejskiej Rady ds. Mózgu (EBC) „[Rethinking Schizophrenia Care Pathway in Europe](#)” (Nowe podejście do ścieżki opieki nad osobami cierpiącymi na schizofrenię w Europie), kolejny etap projektu obejmuje dogłębną analizę aktualnego stanu, wyzwań i przyszłych kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, a dokładniej leczenia schizofrenii na poziomie krajowym. Polska, Dania i Niemcy zostały wybrane do wstępnego opracowania profili krajowych w celu przeprowadzenia analizy rzeczywistej sytuacji krajowych systemów zdrowia psychicznego w oparciu o czynniki strategiczne, geograficzne i polityczne, w tym nadchodzące prezydencje Unii Europejskiej (UE), mocne strony systemów opieki zdrowotnej oraz możliwości dialogu politycznego. Przed spotkaniem okrągłego stołu w Warszawie w dniu 5 czerwca 2025 r., poświęconym poprawie jakości opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia mózgu i schizofrenii, wykorzystano przez zespół ekspertów szablon do opracowania „profilu kraju” dla Polski w oparciu o najbardziej istotne dane krajowe oraz opinie ekspertów.

Polska przechodzi zasadniczą transformację w organizacji i świadczeniu opieki zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży oraz osób z ciężkimi zaburzeniami w obszarze psychicznymi, takimi jak schizofrenia. Kierując się ramami strategicznymi, takimi jak Krajowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 oraz program Zdrowa Przyszłość 2021–2027, Polska poczyniła istotne postępy w zakresie zwiększania dostępności do opieki, redukcji stygmatyzacji oraz promocji zintegrowanego, środowiskowego wsparcia. Wprowadzenie trzystopniowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) stanowią istotny krok naprzód w kierunku wczesnej interwencji, ciągłości opieki oraz świadczenia w obszarze psychiatrii dorosłych usług skoncentrowanych na pacjencie.

Wysiłki te odzwierciedlają rosnące zaangażowanie społeczne i polityczne w traktowanie zdrowia psychicznego jako priorytetu publicznego, uznając potrzebę systemowych rozwiązań łączących opiekę zdrowotną, edukację i wsparcie społeczne. Schizofrenia, często pojawiająca się we wczesnej dorosłości, podkreśla znaczenie terminowej diagnozy, innowacyjnych metod leczenia i trwałego wsparcia psychospołecznego. Inwestując w innowacje, szkolenia zawodowe, zaangażowanie rodziny i współpracę międzysektorową, Polska tworzy solidne podstawy dla bardziej odpornej, zintegrowanej i skutecznej opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego. Wiosną 2026 r. zostanie opublikowany dokument EBC Insights Paper, oparty na analizach systemowych w wybranych krajach, w którym zostaną wskazane główne wyzwania oraz przedstawione konkretne kierunki polityki mające na celu wzmocnienie krajowej i ogółouropejskiej odpowiedzi na potrzeby młodzieży w zakresie zdrowia psychicznego.

1. System zdrowia psychicznego i ramy polityki

Liczba ludności Polski wynosi 37,4 mln. W 2024 r. wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosły 193 mld złotych (45 mld euro). Polski system zdrowia psychicznego znajduje się w okresie reform, wyznaczanych przez Krajowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 oraz strategię „Zdrowa przyszłość” na lata 2021–2027. W Polsce funkcjonują dwa odrębne systemy psychiatryczne: jeden dla dorosłych, a drugi dla dzieci i młodzieży. Od 2018 r. nieustannie wprowadzane są kompleksowe reformy. To znalazło odzwierciedlenie w reformie: zmiany w psychiatrii dzieci i młodzieży i psychiatrii dorosłych zostały potraktowane jako dwa osobne procesy, inaczej uregulowane prawnie.

Reforma psychiatrii dorosłych koncentruje się na deinstytucjonalizacji i pilotażowych programach środowiskowej opieki psychiatrycznej. Pomimo zwiększenia finansowania, psychiatria nadal otrzymuje jedynie 3–4% rocznego budżetu publicznego na opiekę zdrowotną w Polsce, czyli poniżej docelowego poziomu 6%¹. System opiera się na inwestycjach UE i polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia w modernizację infrastruktury.

W przypadku dzieci i młodzieży w Polsce funkcjonuje trójstopniowy model świadczenia usług w zakresie zdrowia psychicznego, zorganizowany zgodnie z nasileniem i złożonością potrzeb:

- Poziom I : Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży,
- Poziom II: Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży,
- Poziom III: Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej Opieki Psychiatrycznej.

Reforma wprowadzająca trójstopniowy model opieki poprawiła dostęp do opieki, skróciła czas pobytu w szpitalu i ma na celu zmniejszenie dysproporcji regionalnych. Nadal jednak istnieją poważne wyzwania, w tym braki infrastrukturalne (takie jak brak dedykowanych przestrzeni dla opieki środowiskowej), niedobory kadrowe oraz nieefektywna wymiana informacji – zarówno w ramach sektora opieki zdrowotnej (np. między publicznymi i prywatnymi placówkami opieki zdrowotnej), jak i między sektorami, takimi jak zdrowie, edukacja, usługi socjalne i wymiar sprawiedliwości.

¹ Cel 6% odnosi się do powszechnie zalecanego międzynarodowego wskaźnika referencyjnego dotyczącego wydatków na zdrowie psychiczne — konkretnie, 6% całkowitego budżetu publicznego danego kraju przeznaczonego na zdrowie powinno być idealnie przeznaczone na usługi związane ze zdrowiem psychicznym (w tym psychiatrię). Wskaźnik ten jest często przywoływany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz w wytycznych UE dotyczących polityki w zakresie zdrowia psychicznego.

Główną przeszkodą w opiece zdrowotnej nad młodzieżą jest erozja struktur wsparcia rodzinnego, ponieważ wielu rodziców nie jest w stanie lub nie chce rozpoznać potrzeb psychologicznych swoich dzieci i odpowiednio na nie reagować – szczególnie w sytuacjach związanych z przemocą, zaniedbaniem lub dysfunkcyjną dynamiką rodziny. Aby wyeliminować tę barierę, w projekcie nowelizacji polskiej ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta² zaproponowano, aby osoby niepełnoletnie (poniżej 18 roku życia) doświadczające kryzysu zdrowia psychicznego miały dostęp do podstawowego wsparcia psychologicznego bez konieczności uzyskania zgody rodziców.

Ponadto przestarzały i rozdrobniony system leczenia uzależnień w Polsce wymaga pilnej reformy. Zdrowie psychiczne młodych ludzi było jednym z kluczowych priorytetów³ polskiej prezydencji w Unii Europejskiej w 2025 r., kładąc nacisk na rosnący wpływ technologii cyfrowych i mediów społecznościowych jako czynników ryzyka. Reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce szczególnie podkreśla znaczenie współpracy szkół, instytucji ochrony dzieci oraz platform cyfrowych w zakresie wspierania zdrowia psychicznego młodzieży.

2. Epidemiologia i obciążenie schizofrenią

Schizofrenia dotyka 200 000–400 000 osób w Polsce, a każdego roku odnotowuje się około 16 000 nowych przypadków. Większość zachorowań ma miejsce w wieku 20–30 lat; jedna trzecia pierwszych epizodów występuje przed ukończeniem 18 roku życia. Wskaźniki zachorowalności wykazują różnice regionalne (np. 5,8/100 000 w województwie warmińsko-mazurskim w porównaniu z 53/100 000 w województwie kujawsko-pomorskim). Wczesne objawy psychotyczne dotyczą około 79 000 młodych ludzi, jednak diagnoza jest często opóźniona z powodu heterogeniczności objawów, błędnej diagnozy lub stygmatyzacji.

Podwójne diagnozy (np. psychoza i używanie substancji psychoaktywnych lub psychoza i zespół stresu pourazowego (PTSD)) komplikują opiekę. Istnieją znaczne różnice regionalne w częstości występowania (od 5,8 do 53 na 100 000 mieszkańców). Świadomość rodziców, wychowawców i lekarzy pierwszego kontaktu pozostaje ograniczona.

² Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta: uchwalona 6 listopada 2008 r., weszła w życie 5 marca 2009 r. Projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta (zapewniającej nieletnim w kryzysie zdrowia psychicznego dostęp do opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej bez zgody rodziców): Jest to najnowsza propozycja, obecnie omawiana w parlamencie w 2025 r., ale nie opublikowano jeszcze dokładnej daty jej przedłożenia ani przewidywanego terminu wejścia w życie.

³ Zdrowie psychiczne młodych ludzi było jednym z kluczowych priorytetów polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r., co znalazło odzwierciedlenie w konkluzjach Rady przyjętych w dniu 20 czerwca 2025 r. w sprawie promowania i ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w erze cyfrowej.

3. Dostęp, diagnoza i leczenie

Przedłużający się czas trwania nieleczonej psychozy (DUP) jest najważniejszym czynnikiem prognostycznym, ponieważ dłuższy DUP wiąże się z większym uszkodzeniem neurobiologicznym i gorszymi wynikami psychospołecznymi. Podkreśla to znaczenie identyfikacji stanów wysokiego ryzyka i podjęcia szybkich działań, aby zapobiec przejściu do pierwszego epizodu psychozy (FEP). Hospitalizacja powinna być ostatecznością w zarządzaniu kryzysami psychiatrycznymi. Skuteczna interwencja zależy od wczesnego wykrycia, szybkiego rozpoczęcia leczenia, zwłaszcza w fazie prodromalnej (kiedy pojawiają się subtelne objawy, np. wycofanie społeczne, pogorszenie funkcji poznawczych lub zmiany nastroju), oraz opieki środowiskowej.

Pomimo reform dostęp do terminowej diagnozy jest nierównomierny. W regionach objętych pilotażem (stanowiących 50% terytorium Polski) dostęp do placówek zdrowia psychicznego i wsparcia uległ poprawie, a większość pilnych przypadków jest rozpatrywana w ciągu 72 godzin, ale poza tymi regionami czas oczekiwania może przekraczać 5 miesięcy.

Farmakoterapia, w tym długo działające leki przeciwpsychotyczne podawane w formie zastrzyków, są obecnie refundowane w Polsce, chociaż stosowanie leków poza wskazaniami u młodzieży pozostaje powszechne ze względu na brak zezwoleń pediatrycznych. Interwencje nefarmakologiczne, takie jak psychoterapia, psychoedukacja, rehabilitacja i wsparcie rodziny, mają kluczowe znaczenie, ale są dostępne w sposób niejednolity.

Ciągłość opieki i przejście między usługami w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci i dorosłych są niedostatecznie rozwinięte, co prowadzi do zakłóceń w świadczeniu usług w okresie dojrzewania. Potrzeba koordynacji w ramach całego systemu i ścieżek przejścia (np. protokołów) mogłaby zostać ułatwiona dzięki wspólnym systemom elektronicznej dokumentacji medycznej. Wreszcie, znaczące wsparcie rówieśnicze i zaangażowanie rodziny są kluczowymi elementami zapobiegania kryzysom i zarządzania nimi, co wzmacnia potrzebę holistycznego podejścia zorientowanego na powrót do zdrowia w całym procesie opieki.

4. Skutki społeczno-ekonomiczne i wyzwania związane z siłą roboczą

Schizofrenia znacznie skraca oczekiwaną długość życia (o 15–20 lat) oraz obniża jakość życia. Choroba ta przyczynia się do 67 000 lat życia skorygowanych niepełnosprawnościami (DALY) rocznie i powoduje znaczne obciążenia ekonomiczne dla sektora publicznego i prywatnego:

- Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2022 r.: 2,5 mld PLN;
- Wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na renty inwalidzkie: 5,5 mld PLN;
- 70% pacjentów ze schizofrenią otrzymuje renty inwalidzkie; tylko 15% powraca do pracy po postawieniu diagnozy.

Opiekunowie, najczęściej członkowie rodziny, odczuwają głęboki wpływ tej sytuacji – 81% z nich mieszka razem z bliskimi dotkniętymi chorobą, 72% partycypuje finansowo w kosztach leczenia i codziennego utrzymania, a 13% ogranicza godziny pracy, aby zapewnić opiekę i nadzór. Wielu opiekunów żyje w warunkach wysokiego stresu, ryzyka depresji i zakłóceń w pracy.

Pomimo rosnącego zainteresowania psychiatrią wśród absolwentów medycyny, nadal utrzymuje się ogólny niedobór kadr, szczególnie w opiece publicznej. W Polsce na 12 000 dzieci przypada 1 psychiatra, co jest zgodne ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącymi liczby psychiatrów na dziecko, ale regionalne nierówności (na obszarach wiejskich/niedostatecznie obsługiwanych) oraz utrata specjalistów na rzecz sektora prywatnego ograniczają dostępność usług w kontekście polskim.

Piętno nadal jest powszechne: 62% nastolatków uważa choroby psychiczne za wstydlive, a osoby cierpiące na schizofrenię spotykają się z dyskryminacją w pracy, edukacji i życiu codziennym.

5. Innowacje, najlepsze praktyki i zalecenia

Pojawiają się innowacyjne praktyki, w tym cyfrowe narzędzia zdrowotne (np. telepsychiatria, e-recepty, diagnostyka oparta na sztucznej inteligencji). Obiecujące projekty obejmują:

- Mentalio (AI) którego celem jest wykorzystanie technologii sztucznej inteligencji (AI) do analizy i oceny stanów psychicznych oraz emocjonalnych pacjentów,
- Diagnostyka schizofrenii oparta na sztucznej inteligencji wykorzystującej obraz siatkówki oka,
- terapię halucynacji występujących w Schizofrenii z wykorzystaniem awatarów AI.

Ponadto organizacje pozarządowe i ośrodki medyczne w Polsce prowadzą grupy psychoedukacyjne, takie jak Forum Przeciwko Depresji, oraz kampanie przeciwko stygmatyzacji, takie jak "Twarze depresji" i „Zobacz człowieka. Powstrzymaj stygmatyzację!”.



Wnioski i kluczowe zalecenia

Polska przechodzi obecnie kluczową reformę systemu opieki psychiatrycznej, której celem jest przejście od opieki szpitalnej do nowoczesnego modelu opieki środowiskowej. Transformacja ta jest zgodna z apelem EBC o ponowne przemyślenie opieki nad osobami cierpiącymi na schizofrenię przez pryzmat zdrowia mózgu – priorytetowe traktowanie wczesnego wykrywania, zintegrowanej opieki, koordynacji międzysektorowej i profilaktyki ukierunkowanej na młodzież.

1. Wzmocnienie wczesnego wykrywania i opieki nad młodzieżą

- Edukacja środowiska medycznego (w tym lekarzy POZ, pediatrów, psychologów i psychiatrów) oraz pracowników sektora oświaty w zakresie rozpoznawania wczesnych i niespecyficznych objawów prodromalnych schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych;
- Wprowadzenie praktycznych narzędzi wczesnej diagnostyki;
- Rozwój programów psychoedukacyjnych skierowanych do rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży zagrożonych lub doświadczających zaburzeń psychotycznych.

2. Poprawa dostępności i ciągłości

- Rozszerzenie reformy opartej o Centra Zdrowia Psychicznego na cały kraj (psychiatria dorosłych) oraz optymalizacja działania trójstopniowego modelu opieki dla dzieci i młodzieży;
- Wprowadzenie wspólnej elektronicznej dokumentacji medycznej i koordynatorów opieki;
- Wdrożenie zintegrowanego modelu tranzycji z opieki pediatrycznej do systemu dla dorosłych.

3. Zajęcie się czynnikami społecznymi

- Wzmocnienie programów dotyczących mieszkalnictwa, zatrudnienia i reintegracji społecznej;
- Aktywizacja zawodowa osób ze schizofrenią
- Wsparcie (finansowe, opieka wytchnieniowa, opieka środowiskowa) dla opiekunów zajmujących się osobami chorymi

4. Zmniejszenie stygmatyzacji

- Zintensyfikowanie edukacyjnych kampanii społecznych skierowanych do młodzieży i szkół;
- Włączenie edukacji w zakresie zdrowia psychicznego do programów nauczania.

5. Inwestowanie w wzmocnienie kadry i badania

- Wspieranie szkoleń interdyscyplinarnych;
- Finansowanie większej liczby badań nad schizofrenią, zwłaszcza u osób poniżej 18 roku życia;
- Promowanie większej liczby badań klinicznych i inicjatyw w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii w leczeniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;
- Stworzenie krajowej platformy informacyjnej dotyczącej zdrowia psychicznego w Polsce



Referencje

Marta Anczewska, et al., Analiza świadczeń psychiatrycznych dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009–2018, *Psychiatr. Pol.* 2022; 56(4): 729–749

Małgorzata Chądzyńska i wsp., *Psychiatria Polska* 2008, XLII, 4; 561-570)

Małgorzata Gałązka-Sobotka et al., Raport Schizofrenia – kluczowe aspekty organizacyjne i finansowe. Model opieki psychiatrycznej nakierowany na wartość zdrowotną, Warszawa 2019

Małgorzata Gałązka-Sobotka et al., Schizofrenia — analiza kosztów społecznych i ekonomicznych, Warszawa 2015

Małgorzata Janas-Kozik, Sprawozdanie z działalności Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży za lata 2019-2023, Warszawa 2024

Aleksandra Lewandowska, Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – kierunek dalszych działań

Aleksandra Lewandowska, Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce - diagnoza, zmiana i wyzwania

Tomasz Rowiński, Piotr Gałęcki, Małgorzata Janas-Kozik, Anna Depukat, Zdrowie psychiczne wartością dla państwa, Warszawa luty 2025

Agata Szulc, Jerzy Samochowiec, Raport „Schizofrenia z objawami negatywnymi. Obciążenie chorobą pacjentów i ich bliskich”, Warszawa 2019

Raport „Schizofrenia. Rola opiekunów w kierowaniu współpracy”, opracowany przez HTA Consulting, Warszawa 2015

Mentalio, System wsparcia decyzji diagnostycznych i terapeutycznych w obszarze zdrowia psychicznego nastolatków w oparciu o algorytmy sztucznej inteligencji

Konferencja „Droga do Prezydencji: psychiatria dzieci i młodzieży”, zorganizowane przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych (IRSS) oraz Centrum Medyczne WUM (30 października 2024 roku) posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, 22 czerwca 2022.

Press release Council of the EU calls for greater efforts to protect the mental health of children and teenagers in the digital era (23 June 2025).

Finansowanie

Projekt ten został sfinansowany z dotacji firmy Boehringer Ingelheim. Firma nie była zaangażowana w badania ani w sporządzenie raportu. Wszystkie wyniki nie mają charakteru promocyjnego i nie odnoszą się konkretnie do żadnego leczenia ani terapii.



RE THINKING SCHIZOPHRENIA

Faza III: Profile krajowe

Nowe spojrzenie na schizofrenię w Polsce.
Związek między schizofrenią a zdrowiem mózgu



European Brain Council
Rue d'Egmont 11
1000 Brussels
Belgium

Tel: + 32 (0) 2 513 27 57
info@braincouncil.eu



European Psychiatric Association
Rue d'Egmont 11
1000 Brussels
Belgium

Tel: +32 2 511 02 30
[Contact form](#)

