

Analiza porównawcza Zarządzenia Prezesa NFZ nr 38/2026/DSOZ dotyczące programu pilotażowego CZP i komunikatu Centrali NFZ o celach tego zarządzenia i intencjach Prezesa NFZ

(<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zmiany-w-centrach-zdrowia-psychicznego-to-nie-biurokracja-lecz-realna-poprawa-jakosci-leczenia,8925.html>)

1. O czym w ogóle mówimy?

Mamy dwie rzeczy:

1) Zarządzenie Prezesa NFZ

To jest **dokument techniczny**, który mówi placówkom (CZP):

👉 *co dokładnie mają raportować, jak zapisywać dane i co przekazywać do NFZ*

2) Komunikat Centrali NFZ

To jest **wyjaśnienie dla opinii publicznej**, które mówi:

👉 *po co te zmiany są wprowadzane i jaki mają sens*

2. Co mówi komunikat NFZ (język prosty)

Z komunikatu wynika bardzo spójna i zrozumiała narracja:

Główne przekazy:

- zmiany **nie zwiększają biuroracji**
- nie ma nowych obowiązków dla personelu
- dane już istnieją – będą tylko lepiej uporządkowane
- celem jest **lepszemu zrozumieniu leczenia pacjenta**
- system ma przejść z:
 - „liczenia wizyt”
 - na „mierzenie jakości leczenia”

NFZ tłumaczy to bardzo intuicyjnie:

👉 chcemy wiedzieć:

- jak szybko pacjent dostaje pomoc
- jakiego rodzaju pomoc
- jak wygląda całe leczenie

I podkreśla:

👉 dla pacjenta i lekarza „nic się nie zmienia” (leczenie i finansowanie takie same)

3. Co faktycznie wprowadza zarządzenie (język prosty)

Zarządzenie – patrząc na jego skutki – robi coś bardziej „technicznego”:

W praktyce:

- wprowadza **więcej szczegółowego raportowania**
- wymaga przypisywania:
 - rodzaju pomocy (np. czynna, krótkoterminowa)
 - momentów procesu (pierwszy kontakt, lista oczekujących)

- działań zespołu (koordynacja, leczenie, interwencje)
- dane muszą być przekazywane w systemie informatycznym (XML)
- błędy w raportowaniu mogą oznaczać brak zapłaty

👉 Czyli:

system zaczyna bardzo dokładnie opisywać:

„co się wydarzyło z pacjentem krok po kroku”

4. Kluczowa różnica – najprostsze wyjaśnienie

Można to wyjaśnić na bardzo prostym przykładzie:

Stary system:

👉 liczymy:

- ile było wizyt
- ile było hospitalizacji

Nowy system (wg komunikatu):

👉 chcemy wiedzieć:

- czy pacjentowi pomogło
- jak przebiegało leczenie

Nowy system (wg zarządzenia):

👉 zapisujemy bardzo dokładnie:

- co się działo na każdej wizycie
- jaki był typ pomocy
- kto brał udział
- kiedy i jak długo

5. Gdzie pojawia się problem (dla laika)

Na pierwszy rzut oka wszystko się zgadza – ale tu jest subtelna różnica:

Komunikat mówi:

👉 „mierzymy jakość”

Zarządzenie robi:

👉 „zbieramy bardzo szczegółowe dane o działaniach”

6. Dlaczego to nie jest to samo?

To kluczowy punkt.

Można to porównać do szkoły:

- **Komunikat NFZ:**
„Chcemy oceniać, czy uczeń się nauczył”
- **Zarządzenie:**
„Zbieramy dane o:
 - liczbie lekcji

NFZ mówi „nie powstają nowe dane”, ponieważ:

👉 **nie zmienić się formalny katalog danych raportowych**

Czyli nadal raportujesz:

- identyfikator pacjenta,
- datę świadczenia,
- miejsce (PZP, ZLŚ itd.),
- kod produktu,
- rozpoznanie (ICD-10),
- procedury (ICD-9),
- informacje o liście oczekujących,
- dane o wykonawcy (pośrednio przez zasoby).

👉 To wszystko już istniało wcześniej.

2. Co się zmieniło (i tu zaczyna się problem)

Zmiana nie dotyczy **rodzaju danych**, tylko:

A. Poziomu szczegółowości (granularności)

Zamiast jednego wpisu typu:

- „porada”

teraz masz:

- typ pomocy,
- etap (pierwsza / kontynuacja / zakończenie),
- powiązanie z listą oczekujących,
- powiązanie z cyklem,
- powiązanie z kolejnymi świadczeniami.

👉 Dane są te same, ale **rozbite na więcej elementów i zależności**.

B. Struktury danych (relacje między zdarzeniami)

Wcześniej:

- dane były „punktowe” (jedno świadczenie = jeden wpis)

Teraz:

- dane są „procesowe”:
 - zgłoszenie → lista → pierwsza wizyta → kolejne → zakończenie
 - zlecenie → wykonanie
 - kontakt → kolejny kontakt

👉 Powstaje **łańcuch zdarzeń**, który trzeba odtworzyć.

C. Wymagań walidacyjnych

NFZ nie tylko zbiera dane, ale sprawdza:

- czy była lista oczekujących,

- czy jest pierwsze świadczenie,
- czy jest kontynuacja,
- czy jest zakończenie,
- czy zachowana jest ciągłość.

👉 Czyli:

nie tylko "co było",
ale "czy było logicznie i zgodnie z procesem"

3. Dlaczego NFZ może powiedzieć „nie ma nowych danych”

Bo patrzy z perspektywy:

👉 schematu raportu XML / statystycznego

Tam rzeczywiście:

- nie doszły nowe pola typu „relacja rodzinna”, „zespół”, „kontekst społeczny”,
- nie ma nowych kategorii klinicznych,
- nie ma nowych zmiennych jakościowych.

4. Dlaczego to jest tylko część prawdy

Bo z perspektywy świadczeniodawcy:

👉 powstaje **nowa informacja operacyjna**, mimo że pola są te same

Przykład

Wcześniej:

- wpisujesz: porada psychiatryczna

Teraz:

- wpisujesz:
 - czy pacjent był na liście,
 - czy to pierwsza wizyta,
 - czy to kontynuacja,
 - czy kończy cykl,
 - czy jest kolejna wizyta,
 - czy są badania powiązane.

👉 To nie są „nowe pola”, ale są to:

- nowe decyzje,
- nowe zależności,
- nowe ryzyko błędów.

5. Gdzie dokładnie leży różnica (klucz)

9. Najważniejsza różnica (sedno)

- 👉 Komunikat mówi o **celu systemu**
- 👉 Zarządzenie opisuje **narzędzie techniczne**

Problem polega na tym, że:

narzędzie (zbieranie danych) ≠ cel (mierzenie jakości)

10. Najprostsze podsumowanie

Komunikat NFZ:

- 👉 „budujemy system jakościowy opieki psychiatrycznej”

Zarządzenie NFZ:

- 👉 „tworzymy dokładny system raportowania danych o leczeniu”

11. Jedno zdanie wyjaśniające dla laika



NFZ chce lepiej oceniać leczenie pacjentów, ale zamiast mierzyć bezpośrednio efekty leczenia, zaczyna bardzo szczegółowo opisywać, co się z pacjentem dzieje – i to budzi obawy, że zamiast poprawy jakości pojawi się więcej dokumentacji.

12. Co jest naprawdę stawką tej zmiany

To nie jest spór o „tabelki”.

To jest spór o to:

- 👉 czy system:
 - będzie mierzył **efekty leczenia (zdrowienie)**
czy
 - będzie mierzył **to, co da się łatwo zapisać (czynności)**

Zarządzenie Prezesa NFZ w duchu deklaracji Centrali NFZ.

DB: Jak powinno być napisane zarządzenie Prezesa NFZ, aby było zgodne z komunikatem Centrali NFZ

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zmiany-w-centrach-zdrowia-psychicznego-to-nie-biurokracja-lecz-realna-poprawa-jakosci-leczenia,8925.html>

ChatGPT: Poniżej masz **precyzyjną odpowiedź systemową**: jak powinno być napisane zarządzenie Prezesa NFZ, żeby rzeczywiście realizowało to, co deklaruje komunikat Centrali NFZ.

Najpierw krótkie przypomnienie sensu komunikatu (bo to jest punkt odniesienia):

- 👉 NFZ deklaruje:
 - brak dodatkowej biurokracji
 - uporządkowanie istniejących danych

- przejście na **jakość leczenia zamiast liczby świadczeń**
- analizę **całego procesu leczenia pacjenta**

1. Główna teza (bez owijania)

👉 Obecne zarządzenie jest napisane w logice:
„zbierz więcej danych o zdarzeniach”

👉 A powinno być napisane w logice:
„zmiierz efekt leczenia i przebieg ścieżki pacjenta”

To jest zasadnicza różnica konstrukcyjna.

2. Jak powinno wyglądać zarządzenie – w logice systemowej

2.1. Zmiana punktu wyjścia (kluczowa)

❌ **Obecnie:**

- jednostką raportowania jest **zdarzenie / produkt**

✅ **Powinno być:**

- jednostką raportowania jest **pacjent i jego ścieżka leczenia**

2.2. Struktura zarządzenia – właściwy układ

Zarządzenie powinno być zbudowane w 5 logicznych blokach:

§1. Cel systemu (obowiązkowy – dziś brak lub słaby)

Powinno być jasno zapisane:

„Celem systemu jest monitorowanie jakości opieki psychiatrycznej poprzez analizę efektów zdrowotnych, funkcjonowania pacjentów oraz przebiegu ścieżki opieki.”

👉 To jest bezpośrednio przełożenie komunikatu NFZ:

- „jakość zamiast liczby świadczeń”

§2. Jednostka analizy – EPIZOD / ŚCIEŻKA PACJENTA

Zarządzenie musi wprowadzić definicję:

„Epizod opieki psychiatrycznej obejmuje wszystkie działania podejmowane wobec pacjenta od momentu zgłoszenia do zakończenia procesu terapeutycznego.”

👉 To rozwiązuje kluczowy problem:

- zamiast fragmentów → mamy całość leczenia

§3. Minimalny zakres danych (redukcja biurokracji)

Tu jest największy błąd obecnego podejścia.

❌ **Obecnie:**

- rozbudowane słowniki
- wiele typów zdarzeń

✔ Powinno być:

zasada minimalizmu danych:

Raportujemy tylko 5 rzeczy:

1. punkt wejścia (kiedy pacjent się zgłosił)
2. plan opieki (co zaplanowano)
3. główne interwencje (bez nadmiarowych kategorii)
4. wynik leczenia (outcome)
5. zakończenie epizodu

👉 wszystko inne = opcjonalne

§4. Wskaźniki jakości (sedno reformy)

To jest absolutnie krytyczne – i dziś praktycznie niezaimplementowane.

Zarządzenie powinno zawierać ZAŁĄCZNIK:

3 grupy wskaźników:

1. Jakość kliniczna

- zmiana objawów (np. depresji, lęku)
- liczba nawrotów
- hospitalizacje

2. Jakość funkcjonalna

- funkcjonowanie społeczne
- zdolność do pracy / nauki

3. Jakość konsumentcka

- satysfakcja pacjenta
- poczucie poprawy

👉 To realizuje deklarację:
„realne efekty leczenia”

§5. Zasada „braku dodatkowej biurokracji”

To musi być zapisane wprost (dziś jest tylko w komunikacie):

„Dane raportowane do NFZ pochodzą z dokumentacji medycznej i nie wymagają tworzenia dodatkowych wpisów administracyjnych.”

I dalej:

„System raportowania powinien być zintegrowany z dokumentacją medyczną.”

§6. Powiązanie z finansowaniem (kluczowe, dziś brak)

Bez tego cały system się rozjedzie.

Powinno być:

„Wskaźniki jakości stanowią podstawę oceny realizacji świadczeń oraz będą uwzględniane przy określaniu zasad finansowania.”

👉 inaczej:

- dane nie mają znaczenia operacyjnego

3. Co trzeba **USUNĄĆ** z obecnego podejścia

Żeby zarządzenie było zgodne z komunikatem, trzeba ograniczyć:

✗ **nadmiar:**

- typów „pomocy” (czynna, bierna, itd.)
- szczegółowych kategorii zdarzeń
- wielokrotnego kodowania tego samego procesu

✗ **eliminować:**

- raportowanie „dla raportowania”
- klasyfikację bez wpływu na decyzje

4. Najważniejsza zmiana filozofii

Obecnie:

👉 „im więcej danych → tym lepiej”

Powinno być:

👉 „tylko dane, które zmieniają decyzje kliniczne i systemowe”

5. Jedno zdanie – właściwy model zarządzenia

👉

Zarządzenie powinno opisywać nie to, co personel robi, ale to, czy pacjentowi pomogło – i jak przebiegała jego ścieżka leczenia.

6. Gotowa formuła (do użycia w uzasadnieniu aktu)

Możesz użyć tego wprost w dokumentach:

👉

Zarządzenie powinno przejść z modelu sprawozdawczości zdarzeń jednostkowych na model monitorowania epizodu opieki psychiatrycznej, w którym kluczową jednostką analizy jest pacjent i jego ścieżka leczenia, a podstawą oceny są wskaźniki efektów zdrowotnych, funkcjonowania oraz doświadczenia pacjenta.

7. Najważniejsza diagnoza (systemowa)

Obecna niespójność wynika z tego, że:

- komunikat = **paradygmat jakościowy (VB-MH)**
- zarządzenie = **narzędzie administracyjne (rozszerzona sprawozdawczość)**

👉 Twoje pytanie trafia dokładnie w sedno reformy:
to nie jest problem „jak raportować”, tylko

👉 **co system uznaje za dowód jakości**