

ANALIZA NOWEGO ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ MODELOWY SYSTEM DOKUMENTACJI I RAPORTOWANIA PROCESÓW OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W CZP

Zespół ChatGPT+DB

14 kwietnia 2026 roku

ANALIZA ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ W SPRAWIE CZP

DB: *Zrób analizę nowego Zarządzenia Prezesa NFZ. Czy zgodzisz się ze mną, że jest to zbieranie danych o produktach statystycznych do arkusza kalkulacyjnego? Ukryte założenie jest takie, że poprzez rozbudowany słownik świadczeń jednostkowych, typów pomocy, list oczekujących itp. zbierze się informacje o procesach w zestawieniu do danych o strukturze (deklarowana kadra i harmonogramy). Wyniki i efekty zdrowotne z doświadczeniem pacjenta są pominięte.*

ChatGPT: Twoja teza jest w dużej mierze trafna — ale wymaga doprecyzowania, żeby oddzielić **intencję regulatora** od **rzeczywistej zdolności narzędzia**, które zostało wprowadzone.

Oto uporządkowana analiza.

1. CO REALNIE ROBI NOWE ZARZĄDZENIE NFZ

Zarządzenie Prezesa Narodowy Fundusz Zdrowia:

rozbudowuje system sprawozdawczości o bardziej szczegółowe kategorie opisujące świadczenia

czyli:

- typy pomocy (konsultacyjna, doraźna itd.),
- bardziej szczegółowe produkty sprawozdawcze,
- większą granularność danych o aktywności,
- powiązanie z personelem i miejscem realizacji.

2. UKRYTA LOGIKA (RZECZYWISTE ZAŁOŻENIE)

Twoje rozpoznanie jest bardzo precyzyjne:

NFZ próbuje odtworzyć proces opieki pośrednio – na podstawie sumy zdarzeń jednostkowych (produktów)

czyli:

- zamiast mierzyć proces bezpośrednio →
- mierzy jego „ślady” w danych administracyjnych.

2.1. Schemat myślenia NFZ

Można go zapisać tak:

1. Zbieramy bardzo szczegółowe dane o:

- świadczeniach,
 - typach pomocy,
 - czasie,
 - personelu.
2. Łączymy je z deklarowaną strukturą (kadra, harmonogramy).
3. Następnie „zliczamy i agregujemy”
4. I zakładamy, że z tego da się odtworzyć:
- dostępność,
 - ciągłość,
 - kompleksowość.

3. CZY TO JEST „ARKUSZ KALKULACYJNY”? – OCENA

Tak – w sensie epistemologicznym to jest model arkuszowy (spreadsheet thinking).

To znaczy:

- dane są zbierane jako:
 - wiersze (świadczenia),
 - kolumny (parametry),
- a potem:
 - agregowane,
 - filtrowane,
 - sumowane.

3.1. Kluczowa cecha tego podejścia

Proces nie jest obserwowany, tylko rekonstruowany pośrednio

4. GDZIE MASZ RACJĘ (MOCNE PUNKTY TWOJEJ TEZY)

4.1. Produkty zamiast procesu

Tak – system zbiera:

- produkty,
- czynności,
- klasyfikacje.

Nie zbiera:

- rzeczywistego przebiegu leczenia jako całości.

4.2. Próba „wyciągnięcia procesu z produktów”

Tak – to jest dokładnie mechanizm:

„jeśli będziemy mieli wystarczająco dużo kategorii, to zobaczymy proces”

Problem, że to działa tylko częściowo.

4.3. Struktura + aktywność zamiast wyników (efektów zdrowotnych)

Tak – system opiera się na:

- strukturze (kadra, harmonogram),
- aktywności (świadczenia).

4.4. Brak efektów zdrowotnych

To jest najważniejszy punkt, że w zarządzeniu **brakuje systemowego pomiaru:**

- efektów klinicznych (poprawy objawowej ICD),
- funkcjonowania (ICF),
- zdrowienia (osobiste cele pacjenta),
- doświadczenia pacjenta (PREM).

5. GDZIE TRZEBA DOPRECYZOWAĆ (NIUANS)

5.1. To nie jest „bez sensu” – to jest etap pośredni

NFZ prawdopodobnie zakłada: „najpierw zbierzemy dane o procesie, potem zbudujemy wskaźniki jakości”, czyli to jest próba stworzenia bazy danych.

5.2. Problem nie w intencji, tylko w metodzie

Intencja: zrozumieć CZP.

Metoda: zbieranie danych produktowych.

Efekt: ograniczona zdolność wnioskowania o jakości.

6. KLUCZOWY BŁĄD SYSTEMOWY

6.1. Błąd ontologiczny (fundamentalny)

proces diagnostyczno-terapeutyczny (ścieżka opieki) ≠ suma jednostkowych świadczeń (produktów)

6.2. Błąd pomiarowy

mierzymy aktywność, a chcemy wiedzieć jaki jest efekt

6.3. Błąd inferencji

zakładamy, że „jeśli znamy strukturę + aktywność → znamy jakość”

co jest: nieprawdziwe w opiece psychiatrycznej

(szersze wyjaśnienie w dodatku A)

7. CO SYSTEM REALNIE POZWOLI OCENIĆ

Tak – będzie można ocenić:

- dostępność (pośrednio)
- strukturę pracy
- obciążenie systemu
- profile działania CZP

Nie – nie będzie można ocenić:

- skuteczności leczenia
- poprawy funkcjonowania
- Zdrowienia
- jakości z perspektywy pacjenta

8. NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK

Twoje zdanie można doprecyzować tak:

Zarządzenie Prezesa NFZ jest próbą zebrania szczegółowych danych o aktywności i strukturze systemu w formie „produktów statystycznych”, z założeniem, że na ich podstawie da się odtworzyć proces opieki – jednak bez bezpośredniego pomiaru efektów zdrowotnych i doświadczenia pacjenta taka rekonstrukcja pozostaje niepełna.

9. MOCNE JEDNOZDANIOWE PODSUMOWANIE

NFZ próbuje zrekonstruować proces leczenia z danych o jednostkowych świadczeniach, zamiast mierzyć proces i jego efekt bezpośrednio.

DODATEK A

NA CZYM POLEGA „BŁĄD INFERENCJI” W OCENIE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Chodzi o bardzo powszechne, intuicyjne założenie: „**jeżeli wiemy, jak system jest zorganizowany (struktura) i ile robi (aktywność), to wiemy, czy działa dobrze (jakość)**”

To założenie wydaje się logiczne, ale w rzeczywistości – szczególnie w psychiatrii – jest błędne.

1. CO OZNACZA STRUKTURA I AKTYWNOŚĆ

1.1. Struktura

To wszystko, co da się „zadeklarować”:

- liczba lekarzy, psychologów, terapeutów...
- liczba zespołów,
- harmonogramy,
- dostępność godzinowa.

Czyli: **potencjał systemu**

1.2. Aktywność

To wszystko, co da się „zliczyć”:

- liczba wizyt,
- liczba interwencji,
- liczba hospitalizacji,
- liczba kontaktów.

Czyli: **ilość wykonanej pracy**

(W uzupełnieniu dodatek B)

2. GDZIE POJAWIA SIĘ BŁĄD

2.1. Błędne przejście logiczne

System zakłada: „jeżeli mamy dobrą strukturę i dużą aktywność, to mamy dobrą opiekę”
czyli: **struktura + aktywność = jakość**

2.2. Dlaczego to jest błąd

Bo między tymi elementami **nie ma prostego związku przyczynowego**

3. DLACZEGO TO NIE DZIAŁA W PSYCHIATRII

3.1. Efekt leczenia nie zależy liniowo od liczby działań

W psychiatrii:

- więcej wizyt ≠ lepszy efekt,
- więcej terapii ≠ większe zdrowienie,
- więcej hospitalizacji ≠ lepsza opieka.

Można „robić dużo” i nie osiągać efektu.

3.2. Kluczowa jest adekwatność, nie ilość

To, co decyduje o jakości:

- czy pomoc była dopasowana do potrzeb,
- czy była we właściwym czasie,
- czy była kontynuowana,
- czy pacjent ją przyjął i wykorzystał.

Tego nie widać w liczbach świadczeń.

3.3. Proces leczenia jest nieliniowy

Pacjent:

- może się poprawiać skokowo,
- może się pogarszać mimo leczenia,
- może przerywać kontakt,
- może wracać po czasie.

To nie jest proces „produkcyjny”.

3.4. Efekt zależy od czynników poza systemem

W psychiatrii ogromne znaczenie mają:

- relacje społeczne,
- sytuacja życiowa,
- środowisko,
- motywacja pacjenta.

System ma na to ograniczony wpływ.

4. NAJPROSTSZY PRZYKŁAD

Ośrodek A:

- dużo wizyt,
- dużo interwencji,
- pełne grafiki.

Ośrodek B:

- mniej wizyt,
- lepiej dobrane działania,

- większa poprawa pacjentów.

W danych NFZ:

- A wygląda lepiej.

W rzeczywistości:

- B jest skuteczniejszy.

5. ISTOTA BŁĘDU

System myli „intensywność działania” z „skutecznością działania”

czyli:

- mierzy wysiłek,
- a chce ocenić efekt.

6. DLACZEGO TO JEST „BŁĄD INFERENCJI”

Bo następuje nieuprawniony wniosek:

z danych o:

- strukturze
- i aktywności

wyciąga się wniosek o:

- jakości

mimo że:

brakuje danych o wyniku

7. JAKI JEST PRAWIDŁOWY MODEL MYŚLENIA

Zamiast: struktura + aktywność → jakość

powinno być: **proces + efekt → jakość**

czyli trzeba mierzyć:

- co się działo z pacjentem w czasie,
- i jaki był rezultat.

8. KLUCZOWY WNIOSEK

Dobra struktura i duża aktywność są warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym do dobrej jakości opieki psychiatrycznej.

JEDNOZDANIOWE PODSUMOWANIE

Błąd polega na założeniu, że jeśli system dużo robi i ma odpowiednie zasoby, to automatycznie działa skutecznie – podczas gdy w psychiatrii o jakości decyduje przede wszystkim efekt leczenia, a nie sama liczba działań.

DODATEK B

DB: Zrób analizę czy ilość wykonanej pracy bez oszacowania nakładu czasu na wykonania aktywności ma sens?

Poniżej masz analizę problemu wprost: **czy sama liczba wykonanych działań (aktywność) ma sens bez pomiaru nakładu czasu.**

1. KRÓTKA ODPOWIEDŹ

Nie – liczba działań bez informacji o czasie nie jest miarą pracy, tylko jej bardzo uproszczonym, często mylącym przybliżeniem.

2. GDZIE TKWI PROBLEM

2.1. Mylenie „liczby działań” z „nakładem pracy”

W praktyce zakłada się:

1 wizyta = 1 jednostka pracy

Ale w rzeczywistości:

- wizyta może trwać 5 minut,
- albo 60 minut,
- albo obejmować złożoną interwencję zespołową.

Czyli: **jednostki nie są porównywalne**

2.2. Brak wspólnej jednostki miary

W fizyce: mamy sekundy, metry, kilogramy.

W pracy klinicznej: „wizyta” nie jest jednostką czasu ani wysiłku.

To jest tylko etykieta zdarzenia.

3. CO OZNACZA „ILOŚĆ PRACY” BEZ CZASU

To nie jest ilość pracy.

To jest: **liczba zdarzeń**

3.1. Analogia

To tak, jakby mierzyć pracę budowlaną:

- liczbą „czynności”,
- bez wiedzy, ile trwało ich wykonanie.

4. KONSEKWENCJE PRAKTYCZNE

4.1. Zniekształcenie obrazu pracy

Dwie osoby:

Osoba A: 20 wizyt po 10 minut

Osoba B: 10 wizyt po 60 minut

System pokaże: A = bardziej produktywna

Rzeczywistość: B wykonała większą pracę.

4.2. Bodźce do skracania czasu

Jeśli liczy się liczba działań:

system premiuje:

- krótkie wizyty,
- powierzchowne kontakty,
- „szybką produkcję”.

4.3. Deformacja praktyki klinicznej

Powstaje presja na:

- maksymalizację liczby kontaktów,
- minimalizację czasu na pacjenta.

To może pogarszać jakość opieki.

4.4. Brak możliwości porównań

Nie można porównać:

- ośrodków,
- zespołów,
- specjalistów,

bo: nie wiadomo, ile realnie pracowali.

5. DLACZEGO W PSYCHIATRII TO JEST SZCZEGÓLNIIE ISTOTNE

5.1. Czas = element terapii

W psychiatrii:

- relacja terapeutyczna wymaga czasu,
- proces zmiany jest czasochłonny,
- interwencje nie są „jednostkowe”.

Skrócenie czasu może zmienić efekt terapii.

5.2. Duża zmienność przypadków

Pacjenci:

- różnią się złożonością,

- wymagają różnego czasu pracy.

Jedna „wizyta” ≠ druga „wizyta”.

6. CO NALEŻY MIERZYĆ ZAMIAST

6.1. Minimalny standard

Aby mówić o pracy, trzeba znać: **czas × liczba działań**
czyli:

- czas kontaktów,
- czas pracy zespołu,
- czas w relacji do pacjenta.

6.2. Lepszy model

mierzymy:

- liczbę zdarzeń,
- ich czas trwania,
- intensywność w czasie (np. na epizod opieki).

6.3. Najlepszy model (docelowy)

mierzymy: **czas + proces + efekt**
czyli:

- ile pracy wykonano,
- jak była rozłożona w czasie,
- jaki był rezultat.

7. KLUCZOWY WNIOSEK

Liczba działań bez czasu nie jest miarą pracy, tylko miarą aktywności administracyjnej.

8. CO TO OZNACZA DLA SYSTEMU NFZ

jeśli system mierzy tylko:

- liczbę wizyt,
- liczbę świadczeń,

to:

- nie wie, ile pracy klinicznej wykonano,
- nie wie, jak była rozłożona,
- nie wie, czy była adekwatna.

JEDNOZDANIOWE PODSUMOWANIE

Bez uwzględnienia czasu liczba świadczeń nie mierzy pracy, tylko liczbę zdarzeń – a to prowadzi do zniekształcenia obrazu systemu i błędnych bodźców dla praktyki klinicznej.

MODELOWY SYSTEM DOKUMENTACJI I RAPORTOWANIA PROCESÓW OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W CZP

(standard wdrożeniowy: system + dane + analityka)

Zespół GPT+DB

I. ZASADA OGÓLNA

Dokumentacja medyczna i system raportowania w CZP opisują **ciągły proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjenta w czasie** – od wejścia do systemu, przez kolejne zdarzenia medyczne i decyzje kliniczne, aż do efektu leczenia.

System odchodzi od ewidencji pojedynczych świadczeń na rzecz:

opisu przebiegu opieki, zmian stanu pacjenta oraz efektów zdrowotnych i doświadczenia pacjenta.

II. STRUKTURA SYSTEMU

System składa się z czterech powiązanych warstw:

1. WARSTWA PACJENTA (KARTA PACJENTA)

Każdy pacjent posiada zintegrowaną kartę opieki psychiatrycznej.

1.1. METRYCZKA ORGANIZACYJNA

Zawiera:

- zespół prowadzący (lekarz, psycholog, terapeuta, pracownik środowiskowy),
- koordynatora opieki (odpowiedzialność za ciągłość),

Jeżeli świadczenie realizowane jest przez osobę spoza zespołu prowadzącego i bez formalnego przekazania – system klasyfikuje je automatycznie jako zdarzenie doraźne (na poziomie analityki, bez obciążania klinicysty).

- operacyjny poziom opieki (A/B/C/C+) – **wyznaczany automatycznie przez system na podstawie zdarzeń, zespołu i kontekstu społecznego,**
- typ opieki (czynna/bierna) na danym etapie procesu.

1.2. METRYCZKA KLINICZNA (na przykład MHCT)

Stosowana rutynowo:

- przy pierwszej ocenie,
- w przeglądach opieki,
- przy zmianach planu leczenia.

Zawiera:

A. HoNOS (12 pozycji)

- stan psychiczny,
- zachowanie,
- funkcjonowanie społeczne.

B. Skale potrzeb i ryzyka

- ocena ryzyka zagrożenia zdrowia i życia
- ocena ryzyka uzależnień
- ocena ryzyka zdrowotnego,

MHCT jest przykładem operacyjnego sprzężenia ICD (objawy) i ICF (funkcjonowanie).

1.3. CELE TERAPEUTYCZNE

Aktualizowane cyklicznie w trzech obszarach:

- redukcja objawów
- poprawa funkcjonowania psychicznego (regulacja, wgląd, kompetencje),
- poprawa funkcjonowania społecznego (relacje społeczne, role społeczne, samodzielność).
- zdrowienie (osobiste cele pacjenta)

Cele stanowią punkt odniesienia dla oceny efektów.

2. WARSTWA CZASU – EPIZOD OPIEKI

2.1. EPIZOD OPIEKI W OKANACH CZASOWYCH (OKRESACH EWALUACYJNYCH)

Obejmuje:

- wejście do systemu (zgłoszenie / triage),
- kolejne zdarzenia medyczne z decyzjami alokacyjnymi (kontynuacja / przekazanie / zakończenie).

2.2. OKNA CZASOWE (OKRESY EWALUACYJNE)

Dane agregowane w okresach (np. co 6 miesięcy, 12 miesięcy):

- aktualny stan kliniczny (MHCT),
- operacyjny poziom intensywności opieki i profil cyklu świadczeń – zdarzeń medycznych (system ustala automatycznie),
- efekty zdrowotne i doświadczenie pacjenta.

3. WARSTWA ZDARZEŃ MEDYCZNYCH (CORE SYSTEMU)

Podstawową jednostką dokumentacji jest **zdarzenie medyczne**.

3.1. DANE PODSTAWOWE

- data,
- czas rozpoczęcia i zakończenia,
- miejsce (ambulatoryjne / środowiskowe / dzienne / całodobowe),
- typ:
 - kontakt,

- pobyt (dzienny / całodobowy).

3.2. UCZESTNICY

- wykonawca/wykonawcy (personel medyczny),
- uczestnicy (pacjent, rodzina, inni).

3.3. RODZAJ DZIAŁANIA

Czynności:

- kontakt indywidualny,
- kontakt grupowy,
- kontakt rodzinny / sieciowy,
- zebranie kliniczne,
- dokumentacja medyczna,
- supervizja, szkolenia,
- działania organizacyjne.

Oddziaływania:

- farmakoterapia,
- oddziaływania biologiczne (np. stymulacja),
- oddziaływania cyfrowe.

Dodatkowo każdy z pracowników opisuje szczegółowo swoje działania według swojej specyficznej klasyfikacji działań diagnostyczno-terapeutycznych (do pogłębionych analiz jakości klinicznej)

3.4. DECYZJA ALOKACYJNA

Po każdym zdarzeniu:

- kontynuacja kontaktu,
- zakończenie kontaktu,
- przekazanie do innego członka zespołu lub zespołu zewnętrznego, np. włączenie do programu terapeutycznego.

Zmiana poziomu opieki (A/B/C/C+) jest **wyliczana automatycznie przez system**.

3.5. POBYT JAKO STRUKTURA DWUPOZIOMOWA

- pobyt (rama organizacyjna), dzień rozpoczęcia pobytu, kolejny dzień pobytu, ostatni dzień pobytu, przepustki (przerwy w pobycie bez zakończenia procesu)
- zdarzenia w trakcie pobytu (np. badania, sesje indywidualne lub grupowe, terapia zajęciowa, farmakoterapia itd.).

4. WARSTWA INTENSYWNOŚCI OPIEKI

4.1. OPERACYJNE POZIOMY OPIEKI (AUTOMATYCZNE)

- A – pomoc psychologiczna,

- B – ambulatoryjna opieka psychiatryczna,
- C – intensywna opieka psychiatryczna,
- C+ – opieka z oparciem społecznym.

System oblicza profile intensywności na każdym poziomie (grupowanie pacjentów według podobieństwa profilu działań na ścieżce opieki)

4.2. TYP OPIEKI

- czynna – system odpowiada za kontakt,
- bierna – pacjent inicjuje kontakt.

4.3. EKSPozycja I CIĄGŁOŚĆ

System automatycznie oblicza:

- liczbę i rodzaj kontaktów, profil i wiązki kontaktów
- czas trwania,
- odstępy między kontaktami lub pobytami
- czas od zgłoszenia do rozpoczęcia opieki, w tym czas przejścia.

III. WARSTWA ODDZIAŁYWAŃ (POZA KONTAKTEM)

1. FARMAKOTERAPIA

- włączenie, zmiana, odstawienie,
- działania niepożądane.

2. INNE ODDZIAŁYWANIA BIOLOGICZNE I CYFROWE

Rejestrowane równolegle jako element procesu terapeutycznego.

IV. WARSTWA EFEKTÓW

1. EFEKTY KLINICZNE (PROM)

- zmiana objawowa (ICD),
- zmiana funkcjonowania (ICF).

2. EFEKTY KONSUMENCKIE (PREM)

- dostępność,
- doświadczenie opieki,
- poczucie bezpieczeństwa,
- subiektywna ocena zdrowienia.

V. SYSTEM ANALITYCZNY (AI)

1. ANALIZA PROCESU

Automatyczne wskaźniki:

- ciągłość opieki czas od zgłoszenia do pierwszego kontaktu i między kontaktami, pobydami
- intensywność leczenia – kompleksowość w epizodach (okresach ewaluacyjnych) opieki

2. ANALIZA ŚCIEŻEK PACJENTÓW

- profile ICD+ICF,
- przejścia między poziomami,
- punkty krytyczne.

3. ANALIZA SKUTECZNOŚCI

- poprawa kliniczna (z perspektywy personelu medycznego)
- poprawa funkcjonowania (z perspektywy personelu medycznego)
- zdrowienie (z perspektywy pacjenta lub osób bliskich)

4. ANALIZA KOSZTÓW

- koszt epizodu (okresu ewaluacyjnego, sprawozdawczego)
- koszt efektu zdrowotnego.

VI. MODEL FINANSOWANIA

1. POPULACYJNA OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

finansowanie per capita na mieszkańca obszaru odpowiedzialności

- obejmuje wszystkie poziomy opieki,
- zapewnia dostępność i ciągłość,
- odpowiada za populację.

2. SPECJALISTYCZNE PROGRAMY TERAPEUTYCZNE

finansowanie pakietowe (per pacjent)

- dla jednorodnych grup klinicznych,
- z obowiązkowym pomiarem efektów.

3. ROZWÓJ I INNOWACJE, BADANIA KLINICZNE I TESTOWANIE INNOWACJI TERAPEUTYCZNYCH

finansowanie zadaniowe/grantowe

VII. ZMIANA MODELU PRACY

Obecnie:

- raportowanie w arkuszach,
- ręczne wskaźniki.

W modelu:

Personel dokumentuje:

- stan pacjenta (ICD + ICF),
- cele terapeutyczne,
- zdarzenia medyczne,
- decyzje kliniczne i alokacyjne.

System automatycznie generuje:

- wskaźniki jakości,
- analizę efektywności,
- ocenę pracy zespołu.

Harmonogramy stają się wtórne – kierownik elastycznie planuje i organizuje pracę zespołu diagnostyczno-terapeutycznego (zbędne jest dekladowanie harmonogramu do NFZ) - **system zajmuje się pomiarem realną aktywności i jej efekty (NFZ widzi wszystko na bieżąco).**

VIII. WNIOSEK KOŃCOWY

System dokumentacji w CZP powinien być systemem zarządzania procesem diagnostyczno-terapeutycznym, a nie ewidencją świadczeń do arkusza kalkulacyjnego.

Najważniejszą zmianą jest przejście od pytania „ile świadczeń wykonano” do pytania „jak zmienił się pacjent w czasie pod wpływem opieki”.