

## Dobre rady dla Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ według podejścia „budget-neutral transition”

*DB: Jakiej rady udzieliłbyś Ministrowi Zdrowia i prezesowi NFZ w sprawie zakończenia pilotażu CZP i wdrożenia rozwiązań systemowych w opiece psychiatrycznej, tak, aby zachować aktualny poziom wydatków, z ewentualną korektą inflacyjną. Efekt ma być ekonomiczny i mieszczący się w ramach aktualnych ustaw. ustawowych.*

Myślał przez 43s

ChatGPT: Gdybym miał doradzić **Ministrowi Zdrowia i Prezesowi NFZ** „jak domknąć pilotaż CZP i przejść na rozwiązania systemowe” **bez zwiększania wydatków (poza indeksacją inflacyjną) i bez zmian ustawowych**, rekomendowałbym podejście „**budget-neutral transition**”: utrzymujemy globalną pulę, zmieniamy bodźce, dokładamy standard i egzekucję jakości, a szpitalom dajemy ścieżkę restrukturyzacji zamiast nagłego cięcia.

Poniżej konkretna rada – w realiach prawnych i organizacyjnych, które da się zrobić rozporządzeniem „koszykowym” + zarządzeniem NFZ.

### 1) Najpierw: ramy prawne, które pozwalają działać bez ustaw

- Pilotaż CZP został formalnie przedłużony do **31.12.2026** rozporządzeniem MZ.
- Ustawa o świadczeniach (art. 48e) opisuje pilotaże, ale jeśli celem jest „wyjście z pilotażu” bez zmian ustawowych, praktyczną drogą jest **wpięcie modelu CZP do koszyka świadczeń gwarantowanych** i uregulowanie finansowania **zarządzeniem Prezesa NFZ**.
- To jest analogiczne do logiki „załącznikowej” (np. reforma psychiatrii dzieci i młodzieży była wprowadzana ścieżką koszykową), bez przebudowy ustaw.

### 2) Zasada naczelną: „stały budżet, inna architektura bodźców”

Jeśli budżet ma pozostać zasadniczo stały, reforma musi opierać się na **rebalansie**:

- mniej „długich osobodni” jako dominującego trybu zużycia budżetu,
- więcej opieki ambulatoryjnej/środowiskowej, która skraca pobyty i stabilizuje pacjentów w społeczności (WHO: deinstytucjonalizacja to przesunięcie zasobów do opieki środowiskowej, nie tylko „zamykanie”).  
EUCOMS wprost opisuje model obszaru odpowiedzialności i community care jako standard docelowy.

W praktyce to oznacza: **zmiana kontraktu i taryf**, a nie „nowe pieniądze”.

### 3) Co zrobić technicznie: 3 decyzje, które domykają reformę w ramach obecnych narzędzi

#### Decyzja A — MZ: „CZP jako świadczenie gwarantowane + minimalny standard”

W koszyku (rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych) MZ powinien wprowadzić **nowy rozdział/załącznik** dla opieki środowiskowej dorosłych (CZP) z trzema elementami:

1. **obszar odpowiedzialności** (catchment / populacja),
2. **minimalny koszyk funkcji** (punkt kryzysowy, ambulatoryjne, środowiskowe, dzienne + koordynacja),
3. **minimalny pakiet danych i KPI** jako warunek „systemowości” (VB-MH: mierzymy strukturę-proces-wynik; Donabedian).

To da się zrobić bez ustaw, a usuwa kluczowy problem: „CZP są różne, więc łatwo je politycznie podważać”.

#### Decyzja B — NFZ: „budżet populacyjny jako baza + korytarz aktywności + jakość”

NFZ (zarządzeniem) powinien przejść na model:

- **budżet populacyjny** jako *podstawa* (stabilność, zachęta do zarządzania ciągłością),
- ale z **korytarzem aktywności** (min–max), żeby odpowiedzieć na obawy NFZ o „niewykonywanie świadczeń” i o rozjazd budżetów,
- oraz z **płatnością jakościową** (mały komponent, ale realny): kilka KPI, w tym 7-dniowy follow-up po wypisie, udział opieki środowiskowej, osobodni/100 tys., readmisje 30/90 dni, czas reakcji kryzysowej.

To jest kompromis polityczny: **NFZ dostaje kontrolę ryzyka**, CZP dostają **bodziec pro-recovery**.

#### Decyzja C — wspólna: „budżet-neutralna restrukturyzacja łóżek przez kontrakt”

Żeby było ekonomicznie, potrzebujesz mechanizmu „cashable savings”:

- w kontraktach szpitalnych wprowadzacie **plan restrukturyzacji**: część mocy i środków przesuwa się (w obrębie tej samej umowy/regionu) na oddziały dzienne, zespoły środowiskowe, hostel/mieszkania treningowe we współpracy z JST/OPS,
- bez tego oszczędność na osobodniach zostaje „techniczna”, a nie budżetowa.

To da się zrobić zarządzeniem i aneksowaniem umów – bez ustaw – ale wymaga decyzji politycznej i twardego zarządzania kontraktem.

#### 4) Jak utrzymać wydatki (z indeksacją inflacyjną) i jednocześnie osiągnąć efekt

Proponuję „4 bezpieczniki budżetowe”, które są zrozumiałe dla MF/NFZ:

1. **Globalny limit wydatków per województwo** (budżet bazowy 2024/2025 + wskaźnik inflacyjny) – całość reformy musi się w nim zmieścić.
2. **Neutralność przesunięć**: wzrost finansowania środowiska = spadek dynamiki finansowania osobodni (bez cięć nominalnych na start, raczej „zamrożenie wolumenu i przesunięcie wzrostu”).
3. **Korytarz aktywności** dla CZP (żeby NFZ nie miał argumentu „ryczałt demotywuje”).
4. **Stop-loss / ryzyko-korekta** (minimum): żeby regiony z cięższą populacją nie zostały ukarane (to był jeden z problemów w narracjach wokół danych BASiW i „wariantu 3”).

#### 5) Najbardziej politycznie skuteczna formuła przekazu (dla ministra i Prezesa NFZ)

Jeżeli budżet ma zostać zasadniczo stały, najlepszy „deal” brzmi:

„Nie dokładamy pieniędzy, tylko zmieniamy kontrakt: płacimy za ciągłość i wyniki funkcjonalne (VB-MH), a nie za długie osobodnie; szpitale dostają ścieżkę transformacji łóżek, a NFZ dostaje korytarz aktywności i twarde KPI.”

To jest zgodne z WHO (community care, rights-based, zastępowanie instytucji usługami w społeczności) oraz z EUCOMS (obszar odpowiedzialności, multisektorowość, peer expertise).

#### 6) Minimalny „pakiet wdrożeniowy” w 6 miesiącach (bez ustaw)

Jeśli mieliby wdrożyć to „na szybko”:

1. **MZ**: nowelizacja koszyka – załącznik/rozdział „Środowiskowa opieka psychiatryczna dorosłych (CZP)” (standard + MDS/KPI).
2. **NFZ**: zarządzenie – budżet populacyjny + korytarz + KPI + zasady raportowania (CSV/API).

3. **OW NFZ:** aneksy do umów – plan restrukturyzacji osobodni (zamiana części mocy na środowisko/dzienny).
4. **Komunikat publiczny:** jedna narracja „system jakości XXI wieku” zamiast „koniec pilotażu = cięcia”.

*DB: Popraw rady dla Ministra Zdrowia i prezesa NFZ, uwzględniając podział CZP na dwa typy A i B (bez oddziału szpitalnego) w kontekście definicji centrum zdrowia psychicznego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Czy konieczna jest jednak zmiana w ustawie art.5a?*

To bardzo ważne pytanie, ponieważ **art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego** wprowadził definicję Centrum Zdrowia Psychicznego, która była projektowana w czasie pilotażu i w praktyce **zakłada model zintegrowany ze szpitalem**. W międzyczasie praktyka pilotażu pokazała, że powstały dwa realne typy CZP:

- **Typ A** – CZP z oddziałem psychiatrycznym (model zintegrowany)
- **Typ B** – CZP bez oddziału szpitalnego (model środowiskowy współpracujący ze szpitalem w regionie)

Dlatego rada dla Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ musi uwzględnić **ten dualny model organizacyjny**, bo od tego zależy czy reforma da się wdrożyć **bez zmiany ustawy**, czy jednak potrzebna będzie **korekta art. 5a**.

Poniżej przedstawiam **skorygowaną rekomendację strategiczną**.

### **1. Kluczowy problem prawny: definicja CZP w ustawie**

Art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w obecnym brzmieniu opisuje centrum zdrowia psychicznego jako **podmiot zapewniający pełny zakres świadczeń psychiatrycznych**, w tym leczenie szpitalne.

W praktyce oznacza to model:

**CZP = ambulatoryjne + środowiskowe + dzienne + stacjonarne**

Natomiast w pilotażu funkcjonują również:

**CZP typu B – bez oddziału szpitalnego**

które:

- prowadzą opiekę środowiskową i ambulatoryjną,
- współpracują z regionalnym oddziałem psychiatrycznym.

Powstaje więc **napięcie między praktyką pilotażu a literalnym brzmieniem ustawy.**

## 2. Czy można wdrożyć system bez zmiany ustawy?

**Tak — ale tylko przy interpretacji funkcjonalnej**

Minister Zdrowia i NFZ mogą przyjąć interpretację:

**CZP zapewnia dostęp do pełnego zakresu świadczeń, ale nie musi ich wszystkich realizować organizacyjnie w jednym podmiocie.**

Czyli:

- część usług może być realizowana **przez partnera systemowego (szpital),**
- a CZP pozostaje **koordynatorem opieki w obszarze populacyjnym.**

Taka interpretacja pozwala utrzymać:

- CZP typu A
- CZP typu B

bez zmiany ustawy.

Jednak jest to rozwiązanie **interpretacyjne**, a nie w pełni stabilne prawnie.

## 3. Czy zmiana art. 5a byłaby korzystna?

Tak — ale **niewielka, techniczna zmiana**, a nie przebudowa ustawy.

Najlepsze rozwiązanie legislacyjne to **doprecyzowanie definicji CZP**, aby uwzględnić dwa modele organizacyjne.

Propozycja zmiany:

Centrum zdrowia psychicznego jest zintegrowanym systemem świadczeń opieki psychiatrycznej dla populacji mieszkańców określonego obszaru odpowiedzialności, obejmującym świadczenia ambulatoryjne, środowiskowe, dzienne oraz dostęp do świadczeń stacjonarnych, realizowanych przez podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego lub przez współpracujące podmioty lecznicze.

Taka zmiana:

- legalizuje **model sieciowy**,
- zachowuje rolę **oddziałów psychiatrycznych**,
- pozwala funkcjonować **CZP bez własnego oddziału.**

#### **4. Rekomendacja strategiczna dla MZ i NFZ**

Najbardziej racjonalna ścieżka reformy wygląda tak:

##### **Etap 1 – decyzja organizacyjna (bez zmiany ustawy)**

1. zakończenie pilotażu,
2. wprowadzenie CZP do koszyka świadczeń gwarantowanych,
3. kontraktowanie CZP przez NFZ w dwóch wariantach:

##### **CZP typu A**

centrum posiada oddział psychiatryczny

##### **CZP typu B**

centrum współpracuje z oddziałem psychiatrycznym w regionie

W obu przypadkach:

**obszar odpowiedzialności populacyjnej pozostaje taki sam.**

#### **5. Różnica w finansowaniu między typem A i B**

NFZ powinien przyjąć **ten sam budżet populacyjny**, ale różną strukturę finansowania.

##### **Typ A**

budżet obejmuje:

- ambulatoryjne
- środowiskowe
- dzienne
- część hospitalizacji

##### **Typ B**

budżet obejmuje:

- ambulatoryjne
- środowiskowe
- dzienne

hospitalizacja finansowana jest **w odrębnym kontrakcie szpitalnym.**

## 6. Dlaczego taki model jest bezpieczny dla NFZ

NFZ obawia się dwóch rzeczy:

1. utraty kontroli nad hospitalizacją
2. nieprzewidywalności kosztów

Model A/B rozwiązuje ten problem:

- w typie B **szpital pozostaje w tradycyjnym kontrakcie**
- w typie A **hospitalizacja jest częścią budżetu populacyjnego**

NFZ może więc utrzymać kontrolę nad kosztami.

## 7. Najważniejsza rada dla Ministra Zdrowia

Reforma psychiatrii powinna być przedstawiona nie jako likwidacja szpitali, lecz jako:

**regionalny system opieki psychiatrycznej z centrum koordynacji w CZP.**

W tym systemie:

- oddziały psychiatryczne pozostają elementem systemu,
- ale ciężar opieki przesuwa się do środowiska.

## 8. Najważniejsza rada dla Prezesa NFZ

NFZ powinien przyjąć zasadę:

**jeden model systemowy – dwa warianty organizacyjne (A/B)**

bo:

- zmniejsza to opór szpitali,
- pozwala na stopniową transformację,
- nie wymaga natychmiastowych zmian infrastrukturalnych.

## 9. Najważniejsza konkluzja systemowa

Najbardziej stabilnym rozwiązaniem jest:

1. **wdrożenie systemowe CZP już teraz** (koszyk + zarządzenie NFZ),

2. **techniczna korekta art. 5a ustawy** w późniejszym etapie.

Czyli:

**reforma organizacyjna teraz, korekta ustawowa później.**