

Narzędzie IT do prowadzenia dokumentacji medycznej w opiece psychiatrycznej oraz sprawozdawczości dostosowanej do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 38_2026_DSOZ oraz modelowo na przyszłość

ROZWIĄZANIE W TRYBIE NAGŁYM

DB: Zgodnie z nowym zarządzeniem NFZ wymaga sprawozdania za wykonanie świadczeń psychiatrycznych w CZP za kwiecień do 10 maja. Czy to jest wykonalne, jak to zrobić?

ChatGPT: Krótka, uczciwa odpowiedź:

👉 Tak – to jest wykonalne, ale nie „normalnie”, tylko w trybie kryzysowo-operacyjnym.

👉 Bez dodatkowych działań organizacyjnych większość CZP nie zdąży poprawnie zaraportować.

Poniżej masz realistyczną ocenę + dokładny plan działania.

1. CZY TERMIN JEST REALNY?

👉 Formalnie: TAK

👉 Operacyjnie: bardzo trudny

Dlaczego?

1. Zarządzenie weszło 1 kwietnia → raport do 10 maja

Masz:

- 30 dni pracy systemu
- i ~10 dni na przetworzenie + raport

👉 to jest ekstremalnie krótko jak na:

- zmianę logiki danych
- brak gotowych systemów
- nowe typy pomocy
- nowe relacje danych

2. NFZ zakłada „te same dane”

NFZ twierdzi, że:

- dane już są w dokumentacji
- trzeba je tylko „inaczej sprawozdać”

👉 problem:

- dane NIE są zapisane w strukturze wymaganej do raportu
- trzeba je odtworzyć

3. Systemy IT nie są gotowe

W praktyce:

- HIS-y działają na logice „świadczenie → kod”
- a NFZ wymaga „proces → relacje → kod”

👉 wniosek:

To nie jest standardowe rozliczenie.

To jest jednorazowa operacja rekonstrukcji danych.

2. CO TAK NAPRAWDĘ TRZEBA ZROBIĆ

Masz 3 zadania równoległe:

1. Odtworzyć typy pomocy

dla każdego pacjenta:

- czynna / nieczynna
- krótkoterminowa / długoterminowa / doraźna / konsultacyjna

2. Odtworzyć przebieg procesu

dla każdego kontaktu:

- lista oczekujących
- pierwszorazowe
- kontynuacja
- zakończenie

3. Przypisać produkty NFZ

na końcu:

- właściwy kod
- właściwe miejsce
- właściwy etap

👉 czyli:

DOKUMENTACJA → REKONSTRUKCJA → KOD NFZ

3. JAK TO ZROBIĆ W 10 DNI (REALNY PLAN)

◆ KROK 1 (Dzień 1–2): „zamrożenie chaosu”

👉 ustalasz jedną logikę dla całego CZP:

- definicje typów pomocy (proste operacyjne)
- zasady etapów
- zasady listy oczekujących

👉 bez tego każdy będzie kodował inaczej

◆ KROK 2 (Dzień 2–4): ekstrakcja danych

Źródła:

- dokumentacja medyczna
- harmonogramy wizyt
- system HIS
- listy pacjentów

Tworzysz tabelę roboczą:

pacjent data miejsce co było kto plan dalej

◆ KROK 3 (Dzień 3–6): rekonstrukcja procesu

Dla każdego pacjenta:

👉 budujesz linię czasu:

ZGŁOSZENIE → PIERWSZA → KOLEJNE → KONIEC

i przypisujesz:

- typ pomocy
- status czynna
- etapy

◆ KROK 4 (Dzień 5–8): mapowanie na NFZ

Tworzysz prostą tabelę:

MIEJSCE + ZDARZENIE + ETAP → KOD

👉 najlepiej w Excelu (słownik + VLOOKUP/XLOOKUP)

◆ KROK 5 (Dzień 7–9): walidacja

Sprawdzasz:

- czy każde „kolejne” ma „pierwsze”
- czy krótkoterminowa ma zakończenie
- czy lista oczekujących jest tam, gdzie trzeba
- czy nie ma „dziur w czasie”

◆ KROK 6 (Dzień 9–10): eksport

- generujesz raport
- poprawiasz błędy
- wysyłasz

4. KLUCZOWY TRICK (ŻEBY TO SIĘ UDAŁO)

👉 NIE próbuj robić tego „na poziomie kodów”

👉 rób to tak:

PACJENT → HISTORIA → TYP POMOCY → ETAP → KOD

⚠️ 5. NAJCZĘSTSZE BŁĘDY (KTÓRE ZABIJĄ PROCES)

- ✗ kodowanie bez rekonstrukcji procesu
- ✗ brak rozróżnienia pierwszorazowa vs kontynuacja
- ✗ brak listy oczekujących
- ✗ mieszanie typów pomocy
- ✗ traktowanie każdego kontaktu jako osobnego zdarzenia

6. REALNA OCENA RYZYKA

👉 jeśli nic nie zrobisz:

- raport będzie błędny
- ryzyko korekt NFZ
- ryzyko kontroli

👉 jeśli zrobisz powyższy proces:

- raport będzie „operacyjnie poprawny”
- nawet jeśli nie idealny

🔑 7. NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK



To nie jest zadanie IT.

To jest zadanie rekonstrukcji procesu leczenia pacjenta.

🔥 JEDNOZDANIOWA ODPOWIEDŹ



Tak – raport do 10 maja jest wykonalny, ale tylko jeśli potraktujesz go jako operację jednorazowej rekonstrukcji ścieżek pacjentów i dopiero na końcu przetłumaczysz je na kody NFZ.

ROZWIĄZANIE W TRYBIE PILNYM

DB: Jak na teraz pilnie zbudować architekturę IT dostosowaną do sprawozdawczości opieki psychiatrycznej w Centrach Zdrowia Psychicznego według, aby personel medyczny: psychiatry, psycholodzy, psychoterapeuci, pielęgniarki, terapeuci środowiskowi, asystenci zdrowienia i inni byli skoncentrowani na pracy klinicznej i prowadzeniu dokumentacji medycznej "bez biurokracji", a wymagane dane generował i raportował samoistnie system IT? Czy są w Polsce narzędzia IT dostosowane do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 38/2026/DSOZ , albo najbardziej kompatybilne do wymaganej sprawozdawczości w CZP, co być polecał?

ChatGPT:

Sprawdzą dwie rzeczy równoległe: co dokładnie wymaga obecne zarządzenie i jakie systemy w Polsce realnie obsługują psychiatrię/CZP lub są najbardziej zbliżone. Potem złożę to w wariant „pilnego wdrożenia”, a nie model idealny.

Mam już potwierdzenie kluczowej tezy NFZ: formalnie oczekują głównie aktualizacji słowników produktów, nie zmiany samego modelu opieki. Teraz sprawdzam, które polskie systemy realnie dają się do tego najszybciej dopasować.

Myślał przez 1m 32s

Tak. Przy tym zarządzeniu da się to zrobić **pilnie i sensownie**, ale nie przez wymianę całego systemu, tylko przez **nakładkę architektoniczną na istniejący HIS/EDM/rozliczenia**. Powód jest prosty: sam NFZ napisał, że zmiana z 38/2026/DSOZ dotyczy przede wszystkim sprawozdawczości według typów pomocy i że jej realizacja „nie wymaga dostosowania systemów informatycznych poza aktualizacją słownika produktów jednostkowych”; jednocześnie dane mają odzwierciedlać to, co już jest opisane w dokumentacji medycznej, zwłaszcza w planie leczenia lub terapii.

Z tego wynika najważniejsza decyzja wdrożeniowa: **nie budować od zera nowego systemu “do NFZ”, tylko tak skonfigurować obecne narzędzie, żeby personel zapisywał wyłącznie przebieg pracy klinicznej, a warstwa raportowa sama tłumaczyła to na produkty NFZ**. To jest zgodne z intencją NFZ, który publicznie podkreśla, że celem zmian jest uporządkowanie informacji o procesie leczenia i przygotowanie gruntu pod wskaźniki jakości, a nie zmiana samego modelu opieki.

Co bym zrobił teraz, pilnie

Najrozsądniejsza architektura na dziś to 4 warstwy.

Warstwa 1: dokumentacja kliniczna.

Personel wpisuje tylko: zdarzenie psychiatryczne, uczestników, decyzję co dalej, plan leczenia/terapii oraz krótką ocenę kliniczną. Nie wybiera kodów NFZ ręcznie.

Warstwa 2: słownik mapowania.

Osobna tabela tłumaczy kombinację:

- miejsce,
- typ pomocy,
- typ zdarzenia psychiatrycznego,
- etap,
- obecność listy oczekujących, na właściwy produkt sprawozdawczy z załączników 3–3c.

Warstwa 3: silnik reguł.

Automatycznie rozpoznaje:

- pierwszorazowe vs kontynuacja vs zakończenie,
- czy potrzebny jest wpis na listę oczekujących,
- czy trzeba dodać badania,
- czy zdarzenie zamyka cykl,
- czy pacjent pozostaje w pomocy czynnej.

Warstwa 4: eksport i dashboard.

Generuje raport do NFZ i równoległe panel dla kierownika: dostępność, ciągłość, produktywność, obciążenie zespołu, luki dokumentacyjne.

To podejście jest spójne z tym, jak nowoczesne systemy EDM opisują pracę: dokument elektroniczny ma powstawać z danych wprowadzonych podczas wizyty, a nie przez osobne “drugie wpisywanie” po fakcie. Oficjalna dokumentacja mMedica wprost wskazuje, że dokument EDM powstaje po autoryzacji wizyty na podstawie już zaewidencjonowanych danych, bez dodatkowych czynności użytkownika. Z kolei KAMSOFT opisuje EDM jako narzędzie mające dawać kompletną wiedzę o leczeniu i automatyzować pracę lekarza, a nie dodawać biurokrację.

Jak powinno wyglądać narzędzie od strony personelu

Najlepiej, żeby psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka, terapeuta środowiskowy czy asystent zdrowienia widzieli jeden prosty formularz „zdarzenia psychiatrycznego”.

Powinien zawierać tylko to, co klinicznie i organizacyjnie istotne:

- gdzie odbyło się zdarzenie,
- jaki był główny typ działania,
- z kim pracowano,
- kto był wykonawcą głównym i kto współuczestniczył,
- czy to było pierwsze, kolejne czy kończące,
- czy zaplanowano dalszy krok,
- czy powstało zlecenie lub skierowanie,
- czy wykonano badania lub koordynację.

Reszta powinna działać się automatycznie:

- dobór kodu NFZ,
- walidacja listy oczekujących,
- liczenie czasu od zgłoszenia do świadczenia,
- liczenie czasu między świadczeniami,
- pilnowanie końca cyklu,
- generowanie produktów rozliczeniowych.

W praktyce oznacza to, że **narzędzie ma być systemem zapisu zdarzeń psychiatrycznych, a nie interfejsem do ręcznego kodowania NFZ.**

Co system ma liczyć sam

Żeby personel był skupiony na procesie diagnostyczno-terapeutycznym, system musi sam liczyć co najmniej 7 rzeczy:

- czas od zgłoszenia do pierwszego świadczenia,
- czas od wpisu na listę do realizacji,
- czas między kolejnymi zdarzeniami psychiatrycznymi,
- czas od zlecenia lub skierowania do wykonania,
- liczbę aktywnych cykli leczenia,
- liczbę pacjentów „wypadłych” z ciągłości,
- obciążenie i produktywność według roli zawodowej i miejsca realizacji.

Dzięki temu kierownik dostaje jakość zarządczą i dostępność bez proszenia personelu o dodatkowe raporty.

Jak uwzględnić specyfikę psychiatrii

Tu nie wystarczy klasyczny model „1 pacjent – 1 wizyta – 1 lekarz”. System musi obsłużyć:

- pacjenta i osobę bliską,
- sesję rodzinną,
- grupę,
- pracę zespołową,
- wizytę środowiskową,
- sesję koordynacji,
- zlecenia badań i innych świadczeń.

Dlatego podstawą powinno być nie „świadczenie”, tylko **zdarzenie psychiatryczne**, do którego przypina się uczestników i działania dodatkowe. Jeden produkt NFZ jest wynikiem mapowania zdarzenia głównego, ale system zachowuje pełny kontekst kliniczny i organizacyjny.

Czy są w Polsce systemy już dostosowane do 38/2026/DSOZ

Publicznie nie widzę dziś wiarygodnego, oficjalnego potwierdzenia producenta w stylu: „nasz system ma już gotowy moduł CZP 38/2026/DSOZ”. Natomiast jest mocna podstawa, by szukać rozwiązania wśród systemów, które już dobrze obsługują:

- rozliczenia z NFZ,
- EDM,
- raportowanie zdarzeń medycznych,
- integrację z P1,
- słowniki i komunikację płatnika.

Na podstawie publicznie dostępnych materiałów najsensowniejsza krótka lista to:

1. mMedica / Asseco

Oficjalnie deklaruje wsparcie dla rozliczeń z NFZ, gromadzenia danych medycznych i organizacji pracy; raportowanie zdarzeń medycznych oraz integracja z P1 są dostępne, a dokument EDM może powstawać z danych wizyty bez dodatkowych działań użytkownika. To jest bardzo ważne z punktu widzenia „bez biurokracji”.

2. KAMSOF: KS-PPS / KS-SOMED / KS-EDM Suite

Oficjalne materiały KAMSOF wskazują, że KS-PPS obsługuje rozliczenia z NFZ i umożliwia prowadzenie EDM, a przewodnik EDM kładzie nacisk na automatyzację i użyteczność dla lekarza i pielęgniarki. To czyni ten ekosystem mocnym kandydatem dla CZP, zwłaszcza tam, gdzie już działa.

Na dziś rekomendowałbym więc nie tyle „najlepszy system w Polsce”, ile prostą regułę wyboru:

jeśli placówka już działa na mMedica albo KAMSOF i ma sprawne rozliczenia z NFZ, nie wymieniaj rdzenia systemu; dobuduj warstwę zdarzeń psychiatrycznych, szablony dokumentacji i mapowanie do produktów 38/2026.

To będzie szybsze, tańsze i bezpieczniejsze niż pełna migracja.

Co bym polecał praktycznie

Jeśli masz działać pilnie, zrobiłbym to w 3 etapach.

Etap 1: 2–4 tygodnie

Konfiguracja słowników i formularzy:

- typy pomocy,
- zdarzenia psychiatryczne,
- uczestnicy zdarzenia,
- etapy leczenia,
- działania dodatkowe,
- mapowanie do kodów NFZ.

Etap 2: 2–6 tygodni

Automatyzacja reguł:

- lista oczekujących,
- pierwszorazowe/kontynuacja/zakończenie,
- walidacje błędów,
- raport miesięczny,
- dashboard kierowniczy.

Etap 3: 1–3 miesiące

Warstwa jakości i AI:

- ekstrakcja celów terapeutycznych z notatki,
- odpowiedź brakujących pól,
- wykrywanie przerwania ciągłości,
- przypomnienia o pomiarach funkcjonowania i objawów,
- generowanie raportów zarządczych.

Jaką rolę ma tu AI

AI ma pomagać, ale nie zastępować decyzji klinicznych. Najbardziej użyteczne funkcje na teraz to:

- podpowiadanie typu zdarzenia psychiatrycznego na podstawie notatki,
- sugerowanie etapu leczenia,
- wykrywanie brakujących danych do raportu NFZ,
- automatyczne streszczenie sesji do dokumentacji,
- alarmy o przerwaniu ciągłości lub niewykonanym zleceniu.

To właśnie daje efekt „personel koncentruje się na klinice, system dba o sprawozdawczość”.

Moja rekomendacja w jednym zdaniu

Pilnie nie budowałbym nowego systemu od zera i nie zmieniałbym rdzenia HIS, tylko wdrożyłbym na istniejącym mMedica albo KAMSOFIT warstwę „zdarzeń psychiatrycznych” z automatycznym mapowaniem na produkty 38/2026/DSOZ. To jest najbardziej zgodne z kierunkiem NFZ, najszybsze wdrożeniowo i najmniej obciążające personel.

ROZWIĄZANIE W TRYBIE STABILNYM

DB: Jak optymalnie skonfigurować narzędzie IT do prowadzenia dokumentacji medycznej w opiece psychiatrycznej z zapisem zdarzeń medycznych, decyzji kliniczno-alkacyjnych, celami terapeutycznymi i oceną kliniczną zmiany nasilenia objawów i poziomu funkcjonowania, postępu zdrowienia (efektami zdrowotnymi), a jednocześnie raportować wskaźniki jakości zarządczej, dostępność i ciągłość opieki, monitorować produktywność i wydajność pracy klinicznej, optymalizować nakłady? Jakie powinno być narzędzie IT, aby personel medyczny koncentrował się wyłącznie na procesach diagnostyczno-terapeutycznych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, a obliczanie i raportowanie wskaźników jakości zarządczej odbywało się automatycznie, przy wspomaganii AI?

ChatGPT: To, co opisujesz, to w istocie **docelowa architektura „VB-MH-ready” systemu informatycznego**: jednocześnie EHR, system zarządczy i silnik analityczny. Da się to zrobić — ale tylko przy bardzo świadomej architekturze.

Poniżej masz **precyzyjny model docelowy**, który łączy:

- dokumentację kliniczną,
- zdarzenia psychiatryczne,
- decyzje alokacyjne,
- outcome (PROM/PREM/funkcjonowanie),
- wskaźniki zarządcze,
- automatyczne raportowanie NFZ,
- oraz wsparcie AI.

1. FUNDAMENT: ARCHITEKTURA 3-WARSTWOWA (KRYTYCZNA)

To nie jest „system dokumentacji”, tylko **system przetwarzania wiedzy klinicznej i procesów**.

Zgodnie z architekturą systemów zdrowotnych, system musi mieć trzy poziomy:

- **warstwa domeny (co robimy klinicznie)**
- **warstwa narzędzi (jak to zapisujemy)**
- **warstwa techniczna (jak to działa IT)**

👉 **W Twoim przypadku:**

WARSTWA 1 – KLINICZNA (źródło prawdy)

- zdarzenia psychiatryczne
- decyzje kliniczno-alkacyjne
- cele terapeutyczne
- oceny kliniczne (objawy, funkcjonowanie, recovery)

👉 TU pracuje personel

WARSTWA 2 – ANALITYCZNA (automatyczna)

- wskaźniki jakości klinicznej

- wskaźniki dostępności i ciągłości
- produkty NFZ
- produktywność i efektywność

👉 TU działa system (i AI)

WARSTWA 3 – TECHNICZNA

- baza danych
- API (FHIR)
- silnik reguł
- AI

👉 TU jest infrastruktura

2. NAJWAŻNIEJSZA ZASADA PROJEKTOWA



Personel wpisuje tylko dane kliniczne i zdarzenia psychiatryczne. System generuje wszystko inne.

To jest absolutny warunek sukcesu.

3. RDZEŃ SYSTEMU: „ZDARZENIE PSYCHIATRYCZNE + DECYZJA”

Każdy wpis to:

Zdarzenie psychiatryczne + 4 elementy

1. Co się wydarzyło

- porada / terapia / wsparcie / środowiskowe / koordynacja

2. Z kim

- pacjent
- osoba bliska
- grupa
- zespół

3. Decyzja kliniczno-alokacyjna

- pozostaje w leczeniu
- zmiana poziomu intensywności
- skierowanie
- zakończenie

👉 to jest najważniejszy element, którego zwykle brakuje

4. Ocena kliniczna (minimalna)

- objawy (np. PHQ-9, GAD-7, HoNOS)
- funkcjonowanie (np. WHODAS)
- recovery (subiektywne)

👉 EHR w psychiatrii powinien integrować dane kliniczne i psychometryczne

4. DRUGI RDZEŃ: „PLAN + CELE”

System musi mieć **żywy plan leczenia**:

Struktura:

- problem / obszar
- cel terapeutyczny
- interwencja
- miernik (outcome)
- termin oceny

👉 to jest integracja kliniki z VBHC/VB-MH

5. AUTOMATYKA (NAJWAŻNIEJSZY ELEMENT SYSTEMU)

System musi automatycznie generować:

A. Wskaźniki kliniczne (bez wpisywania)

- zmiana PHQ-9 / GAD-7 / HoNOS
- zmiana funkcjonowania
- wskaźniki recovery

B. Wskaźniki procesu

- czas od zgłoszenia → pierwsze zdarzenie
- czas między zdarzeniami
- przerwania leczenia

C. Wskaźniki zarządcze

- liczba zdarzeń / FTE
- czas pracy klinicznej
- udział pracy zespołowej
- udział pracy środowiskowej

D. Produkty NFZ

- kod produktu
- etap
- lista oczekujących

👉 wszystko z jednego źródła: zdarzenia psychiatrycznego

6. KLUCZOWA INNOWACJA: „CLOSED LOOP CARE”

System musi działać jak pętla:

ZGŁOSZENIE → ZDARZENIE → DECYZJA → PLAN → KOLEJNE ZDARZENIE → OCENA → KOREKTA

👉 To odpowiada idei:

- ciągłości,
- odpowiedzialności populacyjnej,
- VB-MH.

7. ROLA AI (REALNA, NIE MARKETINGOWA)

AI nie ma „leczyć”.

Ma robić 4 rzeczy:

1. Podpowiedź decyzji

- „pacjent pogarsza się → rozważ intensyfikację”
- „brak kontaktu → ryzyko dropout”

2. Automatyczne kodowanie NFZ

- na podstawie zdarzenia psychiatrycznego

3. Wykrywanie błędów

- brak zakończenia cyklu
- brak listy oczekujących
- niespójność danych

4. Predykcja

- ryzyko nawrotu
- ryzyko hospitalizacji
- ryzyko samobójstwa

👉 modele predykcyjne mogą być oparte na danych EHR

8. STANDARDY – KONIECZNE

System MUSI być oparty na:

openEHR / archetypy

- oddzielenie danych klinicznych od technologii
- elastyczność

HL7 FHIR

- interoperacyjność
- integracja z NFZ

👉 nowoczesne systemy psychiatryczne są budowane na FHIR i interoperacyjności

9. UX – KLUCZ DO WDROŻENIA

System MUSI mieć:

Formularz „1 ekran”

Personel widzi:

- co zrobiłem
- z kim
- co dalej

NIE widzi:

- kodów NFZ
- wskaźników
- logiki raportowania

👉 wszystko liczy się automatycznie

10. CO POWINIENESZ MIEĆ NA DASHBOARDZIE

Kierownik CZP widzi:

Kliniczne:

- poprawa objawów
- poprawa funkcjonowania
- recovery

Systemowe:

- dostępność
- ciągłość
- dropout

Operacyjne:

- produktywność
- obciążenie zespołu
- koszt / efekt

👉 bez dodatkowego raportowania

11. NAJWAŻNIEJSZY BŁĄD, KTÓREGO MUSISZ UNIKNAĆ

✗ budowanie systemu wokół:

- kodów NFZ
- świadczeń
- raportów

- ✓ budowanie systemu wokół:
- zdarzeń psychiatrycznych
 - decyzji
 - procesu leczenia

12. FINALNA DEFINICJA SYSTEMU

To nie jest system dokumentacji medycznej.

To jest system zarządzania procesem zdrowienia, który generuje dokumentację i raporty jako efekt uboczny.

JEDNOZDANIOWE PODSUMOWANIE

Optymalny system IT w psychiatrii to taki, w którym personel zapisuje wyłącznie zdarzenia psychiatryczne, decyzje i ocenę kliniczną, a system automatycznie generuje kody NFZ, wskaźniki jakości, ciągłości i produktywności, wspierany przez AI.