

Prognoza stanowisk i działań legislacyjnych MZ oraz NFZ w sprawie reformy opieki psychiatrycznej na po Świętach Wielkanocnych 2026

DB: Zrób analizę i predykcję, jakie było i jest stanowisko NFZ? Jaki model organizacyjny i mechanizm finansowania opieki psychiatrycznej proponuje Centrala NFZ? Jakie projekty rozporządzeń przygotowuje aktualnie Ministerstwo Zdrowia?

ChatGPT: Myślał przez 1m 38s

Poniżej daję analizę w trzech warstwach:

co wiadomo na pewno, co można z dużym prawdopodobieństwem odtworzyć jako stanowisko NFZ, oraz co najpewniej przygotowuje MZ.

1. Co wiadomo na pewno

Raport końcowy Zespołu ds. zmian systemowych w CZP został opublikowany przez MZ **17 lutego 2026 r.** i zawiera rekomendacje dotyczące m.in. systemu referencyjności, map odpowiedzialności terytorialnej, finansowania CZP, struktury świadczeń, docelowego modelu CZP i harmonogramu wdrażania zmian. W samym raporcie zapisano model rekomendowany przez Zespół jako **model mieszany: budżet populacyjny + komponent zadaniowy + premia jakościowa**. Raport przewiduje też powiązanie płatności z ofertą terapeutyczną, faktyczną liczbą pacjentów objętych opieką oraz jakością i efektywnością działań.

Ten sam raport jest bardzo ważny z jeszcze jednego powodu: w spisie treści figuruje „Załącznik nr 6. Zdanie odrębne Narodowego Funduszu Zdrowia”, ale w publicznie widocznej warstwie dokumentu nie ma jego treści. To oznacza, że wiemy na pewno, iż **NFZ nie podpisał się w pełni pod linią raportu** i zgłosił odrębne stanowisko, natomiast jego pełna treść nie została publicznie ujawniona w opublikowanej wersji PDF.

Wiemy też, że już wcześniej NFZ publicznie przyznał, iż na konferencji w Mikołajkach pod koniec października 2024 r. zaprezentował **trzy warianty finansowania CZP w modelu docelowym**. Fundusz zaznaczył zarazem, że w jednym z wariantów proponował **pozostanie przy ryczałcie, ale liczonym na populację osób leczonych**, a nie na całą populację terytorialną. NFZ podkreślił też, że chodziło o propozycje do dalszej analizy, a nie o ostateczną decyzję.

Dodatkowo w lutym 2026 r. media branżowe, relacjonując raport i spór wokół niego, opisywały model sugerowany przez NFZ jako oparty na **klasycznym rozliczaniu liczby wykonanych świadczeń (fee-for-service)** oraz na możliwie precyzyjnej regulacji procesu leczenia. Tego nie traktowałbym jako źródła rozstrzygającego, ale jako bardzo

istotny sygnał zgodny z wcześniejszym komunikatem samego NFZ o własnych wariantach finansowania.

2. Jaki był i jest najprawdopodobniej rzeczywisty pogląd NFZ

Moja ocena jest taka: **NFZ nie odrzuca samej idei CZP ani psychiatrii środowiskowej**, ale chce ją osadzić w modelu znacznie bardziej **kontraktowym, taryfowym i rozliczalnym**, niż chciał tego zespół ministerialny i środowisko CZP. To widać po dwóch rzeczach.

Po pierwsze, NFZ w swoim oficjalnym komunikacie wyraźnie bronił się przed zarzutem, że proponuje inny model opieki niż środowiskowy, ale równocześnie akcentował własne warianty finansowania i potrzebę legislacyjnego ich wdrożenia. Po drugie, jego publicznie ujawniona propozycja ryczału „na populację osób leczonych” wskazuje, że Fundusz myśli bardziej w logice **ubezpieczeniowo-kontraktowej** niż w logice klasycznego **budżetu populacyjnego za cały obszar odpowiedzialności**.

To prowadzi do bardzo prawdopodobnej rekonstrukcji stanowiska NFZ:

1. NFZ akceptuje CZP jako formę organizacyjną, ale nie chce czystego budżetu populacyjnego na mieszkańca obszaru.

Bardziej prawdopodobny jest dla niego model, w którym pieniądź „idzie za pacjentem realnie leczonym”, a nie za samą odpowiedzialnością terytorialną. Tę interpretację wspiera oficjalne stwierdzenie NFZ o ryczałcie liczonego na populację osób leczonych oraz medialne opisy modelu bliższego FFS.

2. NFZ chce większego rozszczępienia finansowania na komponent ambulatoryjny i szpitalny.

Raport zespołu sam zakłada dwa warianty organizacyjne: CZP typu A w jednym podmiocie i CZP typu B z odrębnym podmiotem ambulatoryjnym i oddzielnym szpitalem, z osobnymi umowami z NFZ. To bardzo dobrze współgra z logiką Funduszu, który zwykle preferuje precyzyjnie zdefiniowane zakresy, osobne kontrakty i oddzielne strumienie rozliczeń.

3. NFZ chce modelu bardziej „mierzalnego procesowo” niż „rozliczanego z wartości zdrowotnej”.

Raport zespołu idzie w stronę komponentu jakościowego i zadaniowego, natomiast dotychczasowe sygnały z NFZ wskazują, że Fundusz szuka raczej modelu łatwego do raportowania, taryfikacji i kontroli. To nie musi znaczyć prostego powrotu do starego koszyka, ale oznacza przesunięcie ku modelowi **mieszanemu z silnym rdzeniem fee-for-service / activity-based funding**.

3. Jaki model organizacyjny i finansowy proponuje najpewniej Centrala NFZ

Najbardziej prawdopodobny model docelowy NFZ wygląda tak:

Organizacja

- utrzymanie CZP jako lokalnego punktu organizacji opieki,
 - ale bez pełnego „monopolu obszarowego” w sensie czystej odpowiedzialności populacyjnej,
 - z większym dopuszczeniem rozdzielenia części ambulatoryjno-środowiskowej i szpitalnej,
 - z bardziej sformalizowanymi zasadami map odpowiedzialności i podziału obszarów tam, gdzie działa więcej niż jeden realizator.
- To jest spójne i z wariantami opisanymi w raporcie, i z praktyką kontraktową NFZ.

Finansowanie

Najbardziej prawdopodobny jest model **hybrydowy, ale nie w wersji „VB-MH”**, tylko w wersji **NFZ-owskiej**:

- niewielki lub umiarkowany ryczałt,
 - liczony raczej na **pacjentów leczonych** niż na wszystkich mieszkańców obszaru,
 - do tego rozliczanie części świadczeń według aktywności,
 - zwłaszcza tam, gdzie łatwo zdefiniować jednostkę rozliczeniową,
 - oraz odrębne potraktowanie leczenia całodobowego/stacjonarnego.
- Taką rekonstrukcję wspierają: oficjalne stanowisko NFZ o trzech wariantach, wzmianka o ryczałcie na populację leczonych oraz opisy wariantu FFS w źródłach branżowych.

W praktyce oznaczałoby to model, który można opisać tak:

CZP jako struktura organizacyjna psychiatrii środowiskowej, ale finansowo osadzona bliżej activity-based funding / fee-for-service niż pełnego budżetu populacyjnego z premią za outcome.

To jest zasadnicza różnica wobec logiki zespołu ministerialnego i jeszcze większa różnica wobec VB-MH.

4. Jaka jest moja predykcja stanowiska NFZ na najbliższe miesiące

Moja predykcja jest następująca.

NFZ będzie publicznie mówił, że nie odchodzi od psychiatrii środowiskowej, ale będzie konsekwentnie przesuwat model w stronę:

- większej sprawozdawczości,
- dokładniejszego opisu świadczeń,

- silniejszego rozliczania aktywności,
- wyraźniejszego oddzielenia części ambulatoryjnej i stacjonarnej,
- oraz ograniczenia „czystego” budżetu populacyjnego.

To jest najbardziej prawdopodobne, bo odpowiada zarówno wcześniejszym komunikatom NFZ, jak i marcowemu projektowi zarządzenia, który — według opisu NFZ i mediów — porządkuje rozliczenia, raportowanie i przygotowuje system do wdrożenia docelowych świadczeń psychiatrycznych po pilotażu.

Inaczej mówiąc:

NFZ prawdopodobnie nie zaproponuje otwartego odwrotu od CZP, tylko ich „ubezpieczeniową normalizację”.

5. Co aktualnie przygotowuje Ministerstwo Zdrowia

Tu trzeba oddzielić **to, co publicznie widoczne**, od **tego, co można tylko przewidywać**.

Publicznie widoczne

Na pewno publicznie widoczny był projekt **MZ 1819**, czyli nowelizacja rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego w CZP. W wykazie prac legislacyjnych MZ opisano ten projekt jako zmianę dotyczącą **stawki ryczałtu na świadczeniobiorcę**. MZ już wcześniej zapowiadało, że nowelizacja rozporządzenia pilotażowego ma wdrożyć rekomendację AOTMiT dotyczącą wzrostu stawki i zapewnić dalsze funkcjonowanie pilotażu do końca 2026 r.

Po stronie NFZ publicznie opublikowano natomiast 17 marca 2026 r. projekt zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zasady umów dla pilotażu CZP. Sam NFZ opisuje go jako projekt dotyczący realizacji programu pilotażowego; źródła branżowe dopowiadają, że aktualizuje rozliczenia i raportowanie oraz przygotowuje system na etap przejściowy przed modelem docelowym.

Co MZ najpewniej przygotowuje, ale czego jeszcze publicznie nie pokazało w pełnej wersji

Na podstawie raportu i komunikatów MZ najbardziej prawdopodobne są trzy równoległe ścieżki:

1. Dalsza techniczna nowelizacja rozporządzenia pilotażowego, tak aby pilotaż spokojnie dotrwał do końca 2026 r. przy nowych stawkach i zasadach przejściowych. To jest niemal pewne, bo MZ samo to zapowiadało.

2. Projekt zmian w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, który miałby zacząć przenosić elementy modelu CZP z pilotażu do systemu powszechnego. Tego projektu nie widzę jeszcze publicznie jako nowego, odrębnego pakietu po raporcie, ale z logiki reformy i z

wcześniejszych nowelizacji psychiatrycznego koszyka wynika, że to jest najbardziej naturalny kolejny krok legislacyjny. To jest jednak już moja prognoza, nie potwierdzony fakt.

3. Być może osobny akt lub pakiet zmian dotyczących map odpowiedzialności, referencyjności i struktury CZP, ale na dziś nie widzę publicznie opublikowanego projektu takiego rozporządzenia. Raport wyraźnie wskazuje te obszary jako wymagające wdrożenia, lecz sama obecność rekomendacji nie oznacza jeszcze publikacji projektu legislacyjnego.

6. Najkrótsza synteza

Moja ocena jest taka:

- **stanowisko NFZ** było najpewniej **krytyczne wobec czystego budżetu populacyjnego i zbyt szerokiej autonomii CZP**, ale **nie wobec samej idei psychiatrii środowiskowej**;
- **Centrala NFZ** najpewniej proponuje **model hybrydowy z silnym rdzeniem activity-based / fee-for-service**, z elementem ryczałtowym liczonym raczej na **pacjentów leczonych** niż na całą populację terytorium, oraz z osobniejszym potraktowaniem leczenia całodobowego;
- **MZ** publicznie ma dziś na stole przede wszystkim **utrzymanie pilotażu i korekty jego finansowania**, a docelowy pakiet rozporządzeń systemowych po raporcie nie został jeszcze w pełni pokazany publicznie; najsilniej można się spodziewać kolejnych zmian w pilotażu oraz później zmian w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych psychiatrycznych.

Najmocniejsza predykcja brzmi więc tak:

MZ będzie próbowało zachować politycznie model CZP, a NFZ będzie próbował wbudować go w bardziej klasyczny, kontraktowo-rozliczeniowy porządek.