

Raport ChatGPT o sporze wokół sprawozdawczości w CZP w kontekście zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 1 kwietnia 2026 r.

Na dzień 13 kwietnia 2026 r. spór jest realny i dotyczy nie samego istnienia CZP, tylko **tego, co i jak mają raportować** po wejściu w życie zarządzenia nr 38/2026/DSOZ. NFZ przedstawia zmianę jako porządkującą sprawozdawczość i służącą zebraniu danych potrzebnych do budowy przyszłych wskaźników jakości oraz modelu finansowania. Jednocześnie część środowiska psychiatrii środowiskowej, w tym publicznie cytowani eksperci i gremia branżowe, ocenia zmianę jako nadmiernie biurokratyczną, wdrożoną zbyt szybko i obciążającą centra ryzykiem błędów sprawozdawczych.

Istota zmiany po stronie NFZ jest dość jasna. Fundusz podał, że nowelizacja nie zmienia modelu opieki nad pacjentem ani sposobu rozliczania pilotażu, lecz wprowadza obowiązek raportowania świadczeń według typów pomocy: czynnej, krótkoterminowej i długoterminowej, doraźnej oraz konsultacyjnej. NFZ twierdzi też, że dane mają odzwierciedlać pomoc opisaną w dokumentacji medycznej, a zebrane informacje mają posłużyć AOTMiT do opracowania wskaźników jakości, które w przyszłości mogą wpływać na model finansowania psychiatrii.

Z perspektywy administracyjnej sens zarządzenia jest więc taki: **uczynić CZP bardziej „widzialnymi” dla płatnika**. Fundusz chce wiedzieć nie tylko, że wykonano świadczenie, ale także w jakim rodzaju pomocy ono się mieści, przez jaki personel zostało wykonane i jaką rolę pełniło w przebiegu opieki. W materiałach towarzyszących zmianie podawano wprost, że potrzebne są „rzetelne informacje” o jakości i dostępności świadczeń w poszczególnych rodzajach pomocy, ponieważ po zakończeniu pilotażu ma powstać nowy sposób finansowania testowanych świadczeń.

Spór zaczyna się tam, gdzie kończy się perspektywa płatnika, a zaczyna codzienna praktyka CZP. Krytycy zarządzenia wskazują, że z dnia na dzień dotychczasowy katalog 48 produktów sprawozdawczych ma zostać zastąpiony przez blisko 300 pozycji w czterech katalogach, co oznacza wielokrotny wzrost złożoności kodowania. W praktyce każda ścieżka pacjenta wymagałaby większej liczby decyzji klasyfikacyjnych, a każda pomyłka może oznaczać brak rozliczenia świadczenia. To jest sedno bieżącego konfliktu: NFZ mówi o „dokładniejszych danych”, a klinicyści i część ekspertów odpowiadają, że ceną może być przejście od opieki do kodowania.

Drugi wymiar sporu dotyczy **tempa i trybu wdrożenia**. Projekt został opublikowany 17 marca 2026 r., a termin na zgłaszanie uwag wynosił 7 dni. Publicznie podnoszono potem, że mimo negatywnej opinii Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia oraz stanowisk środowisk eksperckich, w tym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zarządzenie zostało opublikowane w praktycznie

niezmienionej formie. To nie przesądza, że wszystkie uwagi były zasadne, ale pokazuje, że spór nie jest marginalny ani wyłącznie medialny.

Trzeci wymiar sporu dotyczy **tego, jakiego rodzaju wiedzę NFZ chce uzyskać**. Oficjalny przekaz Funduszu mówi o jakości i dostępności, ale nowe obowiązki sprawozdawcze dają przede wszystkim dokładniejszą wiedzę o strukturze aktywności CZP: jakie typy pomocy są raportowane, w jakich proporcjach, przez jaki personel i w jakich kategoriach. To jest cenna wiedza operacyjna, ale nie jest to jeszcze pełna wiedza o efektach leczenia. Innymi słowy, zarządzenie może poprawić widoczność procesu udzielania pomocy, lecz samo przez się nie rozwiązuje problemu mierzenia wyników zdrowotnych.

Czwarty sporny punkt to **ryzyko błędnego utożsamienia jakości z jakością sprawozdania**. Krytycy zwracają uwagę, że jeśli system bardzo szczegółowo rozbija pomoc na jednostki raportowe, to rośnie prawdopodobieństwo, że organizacje i personel będą koncentrować się na zgodności kodowania i bezpieczeństwie rozliczenia, zamiast na elastycznej pracy z pacjentem. W publicznych komentarzach padał argument, że taka „filozofia sztukowania świadczeń na coraz mniejsze części” jest przeciwskuteczna i nie musi poprawiać ani dostępności, ani jakości świadczeń.

Piąty element sporu dotyczy **logiki pilotażu po siedmiu latach jego trwania**. W debacie publicznej pojawia się zarzut, że argument o potrzebie zbierania danych „na teraz”, aby dopiero zbudować przyszły model finansowania, brzmi słabo po tak długim okresie pilotażu. Z drugiej strony sama wiceminister zdrowia sygnalizowała wcześniej, że problemem pozostaje brak wskaźników jakościowych w pilotażu, a resort potrzebuje danych do modelu docelowego. To oznacza, że konflikt nie dotyczy tylko techniki sprawozdawczej, ale także oceny, czy państwo zbyt późno próbuje uzyskać dane, które powinny być projektowane od początku.

Moja syntetyczna ocena jest taka: **spór jest merytoryczny, a nie wyłącznie polityczny**. NFZ ma rację, że bez bardziej uporządkowanych danych trudno budować docelowy model po pilotażu. Krytycy mają rację, że sposób wdrożenia może generować duży koszt organizacyjny, ryzyko błędów i przesunięcie energii z leczenia na raportowanie. Obie strony spierają się więc nie o to, czy dane są potrzebne, tylko o to, **jakie dane są naprawdę potrzebne, kiedy należało zacząć je zbierać i jaki poziom szczegółowości nie niszczy praktyki klinicznej**.

Najważniejsze wnioski są trzy. Po pierwsze, zarządzenie 38/2026/DSOZ otwiera realny konflikt między logiką płatnika a logiką kliniczną: płatnik chce standaryzacji i danych, klinicyści obawiają się biurokratyzacji i utraty elastyczności. Po drugie, nowe wymogi prawdopodobnie zwiększą wiedzę NFZ o strukturze i typach pomocy w CZP, ale same w sobie nie dadzą jeszcze pełnej oceny skuteczności leczenia. Po trzecie, jeśli NFZ nie wdroży bezpiecznego okresu przejściowego, jasnych interpretacji i ochrony przed

skutkami błędów kodowania, spór może szybko przejść z poziomu debaty eksperckiej na poziom realnych zakłóceń rozliczeń i napięcia finansowego w centrach.

Najkrócej: aktualny spór jest sporem o to, czy nowe zarządzenie jest narzędziem sensownego pozyskania danych do modelu docelowego, czy raczej biurokratycznym przeciążeniem pilotażu, który i tak miał już dawno wytworzyć potrzebną wiedzę o CZP.