

Poniżej propozycja **rekomendacji metodycznych dla kontrolerów NIK** do kontroli pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) z perspektywy **jakości klinicznej, konsumenckiej i zarządczej**, z wyraźnym porównaniem logiki **FFS (porada/osobodzień) vs ryczałt populacyjny (pilot CZP)**.

Rekomendacje dla kontrolerów NIK – kontrola pilotażu CZP (jakość kliniczna, konsumencka, zarządcza) oraz porównanie FFS vs ryczałt populacyjny

0. Założenie kontrolne

Pilotaż CZP jest w założeniu modelem **populacyjnym i koordynowanym** (ryczałt na populację + elementy punktowe), co odróżnia go od dominującego w systemie rozliczania FFS (porady/osobodni). Podstawę rozliczeń pilotażu wprost opisują zarządzenia NFZ dot. umów w pilotażu (ryczałt na populację).

Kontrola NIK powinna więc ocenić nie tylko „czy świadczenia udzielono i rozliczono prawidłowo”, ale **czy mechanizm finansowania przełożył się na lepsze wyniki jakościowe** (kliniczne, konsumenckie, zarządcze) oraz czy ograniczono typowe ryzyka ryczałtu (undertreatment, selekcja, cost-shifting).

1) Jakość kliniczna – co kontrolować (i jak nie wpaść w pułapkę „proxy”)

1.1. Minimum: outcome kliniczny i funkcjonalny (PROM + funkcjonowanie) – czy w ogóle istnieje?

Pytanie kontrolne NIK:

Czy CZP (i porównawczo – świadczeniodawcy FFS) mierzą *wyniki leczenia* pacjenta, czy tylko *aktywność i zdarzenia*?

Wymagane dowody:

- istnienie standardu pomiaru PROM/funkcjonowania (np. WHO-5, PHQ-9/GAD-7, WHODAS-12; dla SMI: HoNOS) + procedura punktów pomiaru (T0/T1/T2),
- odsetek pacjentów z kompletnymi pomiarami (completeness rate),
- wykorzystanie wyników w decyzjach klinicznych (np. progi alarmowe, zmiana intensywności opieki).

Uwaga metodyczna: w polskich analizach CZP opartych o dane monitorujące dominują wskaźniki administracyjne (hospitalizacje, osobodni, struktura świadczeń) – użyteczne, ale nie są one pełnym pomiarem efektu klinicznego.

1.2. Proxy-outcomes z danych NFZ – używać, ale zawsze w „triangulacji”

Proxy, które warto analizować (CZP vs FFS):

- rehospitalizacja 30/90 dni,
- liczba przyjęć, osobodni/LOS,
- udział opieki środowiskowej/ambulatoryjnej/dziennej w całym „case-load”,
- ciągłość kontaktu po wypisie (follow-up).

Ograniczenia (do wpisania w protokole):

- rehospitalizacja jest silnie zależna od dostępności opieki po wypisie i polityki przyjęć; bez korekty ryzyka bywa wskaźnikiem mylącym,
- spadek osobodni może oznaczać poprawę lub przerzucenie obciążenia (SOR, pomoc społeczna, policja).

Rekomendacja NIK: każdy wniosek o „lepszej jakości klinicznej” opierać na co najmniej **dwóch niezależnych warstwach:** (1) PROM/funkcjonowanie (jeśli brak – wskazać jako lukę systemową), (2) dane NFZ, (3) audyt kliniczny dokumentacji (zgodność planów terapii, praca środowiskowa, zarządzanie ryzykiem).

1.3. Audyt kliniczny ścieżek (case-tracing) – kluczowa technika kontroli

Metoda: wybór reprezentatywnej próby epizodów (np. F2, F3, F4, uzależnienia, współchorobowość) i „przejście” pacjenta przez system.

Kryteria oceny:

- czas reakcji i wejścia do opieki,
- kompletność diagnozy i planu (biopsychospołeczny plan opieki, nie tylko farmakoterapia),
- realna praca środowiskowa (wizyty domowe, praca z rodziną),
- zapobieganie nawrotom (follow-up, plan kryzysowy).

Porównanie FFS vs ryczałt:

- w FFS ryzyko „punktowego” kontaktu bez koordynacji,
- w ryczałcie ryzyko „ograniczania intensywności” (undertreatment) – stąd konieczny audyt ścieżek i standardów minimalnych.

2) Jakość konsumencka (PREM/podmiotowość) – co kontrolować, żeby nie skończyło się na „ankiecie satysfakcji”

2.1. Czy CZP mierzy doświadczenie pacjenta w sposób porównywalny i cykliczny?

Dowody do pozyskania:

- narzędzie PREM (krótkie, standaryzowane),
- cykl pomiaru (np. przy zakończeniu epizodu + okresowo),
- kanał zbierania (digital-first),
- wskaźnik odpowiedzi i analiza grup „trudnych” (SMI, uzależnienia, pacjenci w kryzysie).

2.2. Minimum treści PREM: nie tylko „zadowolenie”, ale prawa pacjenta i współdecydowanie

Rekomendowane domeny kontrolne (do ujęcia w arkuszu kontroli):

- dostępność (czas reakcji),
- informacja i zrozumiałość,
- współdecydowanie (shared decision-making),
- poszanowanie godności,
- ciągłość (czy pacjent wie, kto koordynuje),
- skargi i ich obsługa.

2.3. Kontrola „głosu pacjenta” w dokumentacji i praktyce

NIK powinna weryfikować, czy:

- plan opieki ma elementy celów pacjenta i preferencji,
- są protokoły dot. zgody, przymusu, restrykcji,
- istnieją procedury skargowe oraz analiza skarg (trend, przyczyny).

3) Jakość zarządcza – jak kontrolować „czy ryczałt zrobił to, co obiecywał”

3.1. Czy ryczałt populacyjny został użyty do budowy zdolności środowiskowej (capacity), a nie tylko „pokrycia bieżącej”

W pilotażu ryczałt ma finansować elastyczną pracę zespołu i przesunięcie ciężaru do środowiska.

Dowody:

- struktura wydatków i etatów (zespół wielodyscyplinarny, dyżury, mobilne interwencje),
- realna realizacja funkcji punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego,

- pokrycie populacji i zarządzanie „case-load” (liczba aktywnych pacjentów na zespół, rotacja, intensywność).

3.2. Risk management: czy ograniczono typowe ryzyka ryczału

Ryzyka do wprost sprawdzenia:

- selekcja pacjentów (cream skimming): spadek odsetka SMI/uzależnień/przypadków złożonych,
- undertreatment: niska intensywność kontaktu mimo wysokich potrzeb,
- cost-shifting: wzrost SOR / policja / OPS przy spadku osobodni.

Technika: porównanie case-mix i przepływów w danych NFZ + audyt ścieżek + dane lokalne (SOR, interwencje kryzysowe).

3.3. Zarządzanie rozliczeniami i ryzykiem interpretacyjnym

NIK ma już doświadczenia z nieprawidłowości rozliczeniowych i organizacyjnych w obszarze opieki psychiatrycznej, w tym w odniesieniu do CZP w kontroli regionalnej. Dodatkowo w debacie publicznej pojawiały się spory interpretacyjne dot. rozliczeń w pilotażu (co wpływa na stabilność finansową i zachowania świadczeniodawcy).

Rekomendacja: kontrola powinna rozróżniać:

- błędy rozliczeniowe (compliance),
- odchylenia wynikające z niejednoznacznych interpretacji (governance risk),
- skutki dla jakości (np. cięcia zespołów środowiskowych po korektach ryczału).

4) Porównanie jakości FFS vs ryczałt – jak to zrobić „uczciwie” w kontroli

4.1. Konstrukcja porównania

Najlepszy schemat: „difference-in-differences” lub porównanie obszarów objętych CZP vs podobnych obszarów FFS, z korektą case-mix.

W polskich analizach naukowych stosowano porównania przed/po i wskaźniki monitorujące oparte o dane NFZ.

4.2. Zestaw minimalny „3×3” (kliniczna–konsumencka–zarządcza) do porównania

Kliniczna:

- PROM/funkcjonowanie (jeśli brak: odnotować lukę),
- rehospitalizacje + LOS (proxy),
- ciągłość opieki po wypisie (proxy).

Konsumencka:

- PREM (podmiotowość, współdecydowanie, dostępność),
- skargi i ich obsługa,
- przemoc/przymus/restrykcje (jeśli dotyczy).

Zarządcza:

- dostępność i czasy reakcji,
- struktura kadr i dyżurów (zdolność środowiskowa),
- koszt epizodu / koszt na populację + ryzyko cost-shifting.

4.3. Warunek konieczny: nie uznawać „wzrostu liczby porad” za poprawę jakości

W FFS wzrost aktywności (porady, osobodni) jest wprost produktem rozliczeniowym i może rosnąć bez poprawy outcome. Dlatego NIK powinna traktować wolumen jako **wskaźnik produkcji**, a nie jakości.

5) Rekomendacje „systemowe” – wnioski pokontrolne do MZ/NFZ (propozycje)

Wnioski pokontrolne (na poziomie centralnym) powinny wprost dotyczyć uzupełnienia systemu o brakujące elementy jakości:

1. **Wprowadzenie minimalnego standardu PROM/PREM + funkcjonowania** jako warunku oceny jakości CZP i porównywalności z FFS.
2. **Ustalenie jednolitych definicji i korekty ryzyka** dla proxy-outcomes (rehospitalizacja, LOS), aby nie karać obszarów z gorszymi determinantami społecznymi.
3. **Triangulacja danych:** NFZ + (PROM/PREM) + dane lokalne (SOR/pomoc społeczna) w celu wykrywania cost-shifting.
4. **Stabilność i jednoznaczność zasad rozliczeń pilotażu** (ograniczenie ryzyk interpretacyjnych, które destabilizują model środowiskowy).
5. Wykorzystanie ram jakości MZ (wskaźniki jakości) do budowy mierników adekwatnych dla psychiatrii, bo obecne ramy są formalnie ustanowione, ale psychiatryczne outcome’y pacjentocentryczne wymagają doprecyzowania i implementacji.

6) Gotowy „szkielet” arkusza kontrolnego NIK (do wdrożenia w praktyce)

A. Kliniczne (10 pytań): PROM/funkcjonowanie? punkty pomiaru? completeness? case-tracing? plany kryzysowe? follow-up po wypisie? realna opieka środowiskowa?

B. Konsumenckie (8 pytań): PREM? współdecydowanie? skargi? informacja? prawa pacjenta? przymus? dostępność? ciągłość?

C. Zarządcze (10 pytań): kadry i dyżury? PZK? case-load? triage? ryzyko selekcji? cost-shifting? stabilność finansowania? rozliczenia i korekty? analiza jakości w zarządzaniu?

Jeżeli chcesz, przygotuję w kolejnym kroku **pełny arkusz kontrolny (checklista + wskaźniki + źródła danych + progi ostrzegawcze)** w układzie „dowód–ryzyko–wniosek”, gotowy do wklejenia do programu kontroli NIK (bez tworzenia tabel budzących wątpliwości metodologiczne).