

Komentarz ChatGPT **Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego**

Publikacja „**Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego**” jest w dużej mierze **zgodna z logiką VB-MH**, choć nie operuje tym terminem jako osią konstrukcyjną całego wywodu. Zamiast języka „value” używa przede wszystkim języka **fundamentów moralnych, troski, wartości publicznej** i krytyki dominacji rozliczeń produktowych. W praktyce oznacza to, że książka opisuje ten sam problem, który VB-MH ujmuje jako konflikt między **liczeniem aktywności** a **wytwarzaniem rzeczywistej wartości zdrowotnej dla pacjenta i populacji**.

Najmocniejszy punkt z perspektywy VB-MH polega na tym, że autorzy bardzo trafnie identyfikują błąd systemowy: państwo i płatnik koncentrują się na **proporcjonalności rozumianej jako kontrola, wycena i przeciwdziałanie nadużyciom**, podczas gdy w tle pozostaje właściwy cel systemu, czyli **ochrona przed krzywdą, zdrowienie, dostępność, ciągłość i realny efekt zdrowotny**. Autorzy piszą wprost, że w aktualnym modelu dominują wskaźniki mierzące proporcjonalność, natomiast brakuje wskaźników wynikających z troski; wskazują też, że system fee-for-service nie monitoruje efektów zdrowotnych, lecz przede wszystkim poprawność sprawozdawczą i kontrolę płatności. To jest niemal podręcznikowy opis przejścia od logiki FFS do logiki VB-MH.

W języku VB-MH można to ująć tak: publikacja trafnie pokazuje, że obecny system organizacji psychiatrii w Polsce premiuje **produkty statystyczne**, a nie **wartość zdrowotną osiąganą dla osoby i populacji**. Autorzy krytykują sytuację, w której „troska instytucjonalna” zostaje rozdzielona od realnego doświadczenia pacjenta, a formalna poprawność harmonogramów i sprawozdań zaczyna dominować nad bezpieczeństwem pacjenta i efektami zdrowotnymi. To odpowiada podstawowej tezie VB-MH, że system nie powinien wynagradzać samej aktywności, lecz wyniki osiągnięte w całym cyklu opieki.

Drugim bardzo silnym elementem jest **zbieżność z recovery-oriented mental health**. Przedmowa odwołuje się do EUCOMS i podkreśla, że opieka środowiskowa poprawia dostęp, ciągłość wsparcia i zdolność docierania do osób wypadających z systemu, a zdrowienie oznacza nie tylko redukcję objawów, lecz także odbudowę satysfakcjonującego życia, ról społecznych i uczestnictwa w życiu społecznym. To jest dokładnie ten obszar, który w VB-MH stanowi rdzeń definicji wartości: **wartość nie kończy się na objawie**, lecz obejmuje funkcjonowanie, jakość życia, sprawczość, relacje i uczestnictwo społeczne.

Trzeci mocny element to **myślenie populacyjne i public value**. Autorzy piszą, że wartość publiczna musi zostać uzgodniona między pacjentami, bliskimi, profesjonalistami, organizatorami świadczeń, płatnikiem i ministerstwami, a następnie

wymaga zdolności organizacyjnej do wdrożenia. W VB-MH to bardzo ważne, bo wartość nie jest wyłącznie kliniczna ani wyłącznie ekonomiczna. Jest jednocześnie:

- wartością dla pacjenta,
- wartością dla populacji,
- wartością dla systemu publicznego.

Publikacja dobrze rozumie ten trójkąt i dlatego wykracza poza klasyczną bioetykę czy krytykę NFZ; przechodzi na poziom architektury publicznej.

Najciekawsze dla VB-MH jest to, że autorzy intuicyjnie przesuwają akcent z „ile świadczeń wykonano” na „czy system rzeczywiście zmniejsza krzywdę i zwiększa zdrowienie”. Wprost padają przykłady kryteriów, które w logice VB-MH byłyby wskaźnikami outcome: krótszy czas oczekiwania, większa ciągłość opieki, mniej rehospitalizacji, większa satysfakcja pacjentów, lepsze PROMs/PREMs. To ważne, bo pokazuje, że autorzy nie kończą na poziomie ogólnej normatywnej krytyki, tylko wskazują kierunek operacjonalizacji wartości.

Jednocześnie z perspektywy VB-MH publikacja ma też **istotne ograniczenia**.

Po pierwsze, jest to przede wszystkim **analiza aksjologiczno-instytucjonalna**, a nie pełny projekt modelu value-based. Autorzy bardzo dobrze diagnozują konflikt między troską a proporcjonalnością, ale słabiej rozwijają techniczną stronę VB-MH:

jak dokładnie mierzyć outcomes,

na jakim poziomie agregować dane,

jak rozdzielić wskaźniki kliniczne, funkcjonalne, doświadczeniowe i zarządcze,

jak projektować kontraktowanie, case-mix, bundled payments albo budżet populacyjny z komponentem outcome.

Innymi słowy: diagnoza jest mocna, ale warstwa „payment and measurement design” nie jest tu jeszcze rozwinięta do końca.

Po drugie, publikacja używa kategorii **moralnych fundamentów** jako głównego narzędzia wyjaśniającego. To jest intelektualnie ciekawe, ale z perspektywy VB-MH może być zarazem siłą i słabością. Siłą, bo pokazuje ukryte wartości stojące za decyzjami systemowymi. Słabością, bo istnieje ryzyko, że konflikt organizacyjny i finansowy zostanie nadmiernie zinterpretowany jako spór moralny, podczas gdy część problemu jest po prostu problemem złej architektury bodźców, braku pomiaru outcome i nieadekwatnego modelu kontraktowania. VB-MH powiedziałyby: nie wystarczy przesunąć fundament etyczny; trzeba jeszcze zmienić **mechanizm wytwarzania i rozliczania wartości**.

Po trzecie, autorzy bardzo słusznie krytykują logikę sprawozdawania produktów, ale miejscami pozostają na poziomie dość ogólnym, gdy chodzi o **definicję efektu zdrowotnego w psychiatrii**. Z perspektywy VB-MH trzeba byłoby to doprecyzować

znacznie mocniej: efekt zdrowotny w psychiatrii nie może być redukowany ani do objawu, ani do samej satysfakcji, ani do braku hospitalizacji. Musi obejmować co najmniej:

- stan kliniczny,
- funkcjonowanie,
- bezpieczeństwo,
- doświadczenie pacjenta i rodziny,
- stopień zdrowienia,
- utrzymanie w środowisku,
- ciągłość ścieżki opieki.

Publikacja idzie w tym kierunku, ale nie zamienia tego jeszcze w pełny, uporządkowany framework wskaźników.

Po czwarte, z perspektywy VB-MH brakuje wyraźnego rozróżnienia między:

- **wartością kliniczną,**
- **wartością konsumencką/pacjenczką,**
- **wartością zarządczą/systemową.**

Książka mówi o wartości publicznej i o trosce, ale nie porządkuje jeszcze całkiem precyzyjnie różnych poziomów oceny jakości. Dla VB-MH to ważne, bo bez tego łatwo mieszać poprawę dokumentacji, wzrost dostępności, spadek przymusu i poprawę jakości życia w jeden worek „dobra systemowego”, choć są to różne wymiary wymagające odrębnego pomiaru.

Ocena ogólna z perspektywy VB-MH jest więc taka:

To jest publikacja **bardzo cenna i zasadniczo zgodna z duchem VB-MH**, ponieważ:

- odrzuca prymat logiki produktowo-sprawozdawczej,
- stawia w centrum zdrowienie, dostęp i ciągłość,
- dostrzega potrzebę wskaźników outcome,
- wpisuje reformę psychiatrii w szerszą kategorię wartości publicznej,
- dobrze rozumie, że prawdziwy spór dotyczy nie tylko pieniędzy, ale tego, **co system uważa za sukces.**

Natomiast nie jest to jeszcze pełna publikacja VB-MH w sensie technicznym, bo:

- nie przedstawia kompletnego modelu pomiaru wartości,

- nie projektuje w pełni narzędzi finansowania value-based,
- nie rozwija wystarczająco szczegółowo architektury wskaźników i odpowiedzialności za outcomes.

Najkrócej: **to nie jest jeszcze podręcznik VB-MH, ale jest to bardzo dobra diagnoza aksjologiczna i systemowa, która przygotowuje grunt pod VB-MH.** Można nawet powiedzieć, że publikacja wykonuje pracę „przedtechniczną”: najpierw pokazuje, dlaczego stary system jest moralnie i organizacyjnie błędny, a dopiero kolejnym krokiem powinno być zapisanie tego w języku standardów organizacyjnych, mierników outcome i modelu finansowania.

Gdybym miał ująć to jednym zdaniem:

publikacja bardzo dobrze uzasadnia potrzebę VB-MH, ale jeszcze nie daje jego pełnej operacyjnej konstrukcji.

Analizowana publikacja: Anna Depukat, Tomasz Rowiński, *Fundamenty moralne w reformie ochrony zdrowia: sukces lub upadek centrów zdrowia psychicznego, 2026*