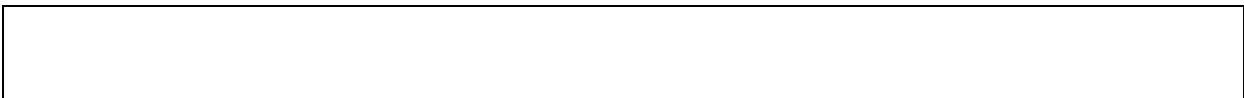


MATERIAŁY KONCPECYJNE CHATGPT+DB NA PANEL EKSPERCKI NIK 20 KWIETNIA 2026 ROKU W SPRAWIE KONTROLI DOTYCZĄCEJ „ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ DLA OSÓB DOROSŁYCH” Z PROGNOZĄ WYNIKÓW I WNIOSKÓW POKONTROLNYCH

Spis treści

A. Rys historyczny kontroli systemowej NPOZP i reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci oraz dorosłych przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli w latach 2016 i 2024...	2
B. Analiza danych o aktualnej kontroli NIK P/25/078 pn. „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych” oraz przygotowanie do panelu ekspertów 20 kwietnia 2026 r. w Warszawie.	4
C. Prognoza wniosków pokontrolnych dla kontroli P/25/078 (środowiskowa opieka psychiatryczna dla dorosłych) – ułożoną tak, jak realnie formułuje je Najwyższa Izba Kontroli (adresaci: MZ, NFZ, podmioty lecznicze), wraz z szacowanym prawdopodobieństwem i krótką logiką.	9
D. Ocena efektywności osiągnięcia celów przez Centra Zdrowia Psychicznego.....	13
E. Problem znaczenia słowa „efektywność” w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychiatrycznej.....	17
F. Nota briefingowa na panel ekspertów NIK – 20 kwietnia 2026.....	26
G. Dodatek o roli narzędzi informatycznych IT w ocenie efektywności systemu	29



A. Rys historyczny kontroli systemowej NPOZP i reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci oraz dorosłych przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli w latach 2016 i 2024.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła **trzy istotne kontrole** dotyczące Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i reformy opieki psychiatrycznej:

1. **kontrola systemowa NPOZP** – historycznie najważniejsza,
2. **kontrola reformy psychiatrii dzieci i młodzieży**,
3. **kontrola reformy psychiatrii dorosłych**.

1) Kontrola NPOZP sensu stricto

Sygnatura: P/16/055 – Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Strona NIK wskazuje ten numer ewidencyjny wprost.

Zakres kontroli: NIK objęła kontrolą realizację zadań Programu przez administrację centralną i samorządową. Skontrolowano 21 jednostek, w tym Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, urzędy marszałkowskie, starostwa i gminy; dodatkowo NIK zwracała się o informacje do innych ministrów i Prezesa NFZ. Zakres był więc wyraźnie międzysektorowy i międzyinstytucjonalny, a nie ograniczony do samego lecznictwa.

Cel kontroli: w praktyce chodziło o ocenę, czy zadania przewidziane w NPOZP były rzeczywiście wykonywane oraz czy prowadziło to do budowy spójnego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Sam rezultat tej kontroli NIK ujęła bardzo ostro: „fiasko” programu, nieosiągnięcie celów i niezrealizowanie większości zadań przez administrację rządową i samorządową.

2) Kontrola reformy psychiatrii dzieci i młodzieży

Sygnatura: P/23/077/LBI – Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą. To odrębna kontrola opublikowana 10 września 2024 r.

Zakres kontroli: dotyczył faktycznego funkcjonowania psychiatrycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w reformowanym modelu. W materiale pokontrolnym i omówieniu NIK akcentowała: przygotowanie reformy, dostępność świadczeń, dopasowanie modelu do potrzeb, zasoby kadrowe oraz powiązanie systemu zdrowia z edukacją i wsparciem środowiskowym. NIK wskazała też, że przed wdrożeniem nowego modelu Minister Zdrowia nie opracował całościowej koncepcji reformy, obejmującej zasoby, oczekiwane efekty i harmonogram.

Cel kontroli: ocena, czy reforma psychiatrii dzieci i młodzieży zapewnia realnie dostępne, adekwatne i kompleksowe świadczenia. Z opisu wyników wynika, że odpowiedź NIK była zasadniczo krytyczna: dostęp poprawił się tylko częściowo, a potrzeby nadal znacznie przekraczały możliwości systemu.

3) Kontrola reformy psychiatrii dorosłych

Sygnatura: I/23/002/LPO – Opieka psychiatryczna dla dorosłych w województwie wielkopolskim. To kontrola opublikowana 18 listopada 2024 r.

Zakres kontroli: w wystąpieniach pokontrolnych NIK określiła go bardzo konkretnie:

1. opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawowana przez podmiot leczniczy w ramach CZP,
2. finansowanie działalności prowadzonej w ramach CZP oraz pozostałej działalności psychiatrycznej finansowanej ze środków publicznych.

Kontrola obejmowała lata 2020–2023.

Cel kontroli: choć w udostępnionym fragmencie nie ma jednego zdania zaczynającego się od „celem kontroli było...”, to z zakresu i treści ustaleń jasno wynika, że NIK badała dwa rdzenie reformy dorosłych: czy CZP realnie organizuje opiekę oraz czy sposób finansowania i rozliczeń wspiera, czy utrudnia funkcjonowanie modelu. Ustalenia pokazały częściowo pozytywne elementy organizacyjne, ale też poważne problemy systemowe i rozliczeniowe, w tym brak rozwiązań systemowych dla ciągłości leczenia oraz nieprawidłowości finansowe.

B. Analiza danych o aktualnej kontroli NIK P/25/078 pn. „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych” oraz przygotowanie do panelu ekspertów 20 kwietnia 2026 r. w Warszawie.

Komunikat: „20 kwietnia NIK organizuje panel ekspertów, w związku z kontrolą P/25/078 pn. „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych”.

Przedmiotem dyskusji będą następujące zagadnienia:

- stan opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych w Polsce – ramy prawne i wyzwania,
- pilotaż centrów zdrowia psychicznego,
- przyszłe systemowe rozwiązania środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych.

Do omówienia zagadnień związanych z tematyką środowiskowej opieki psychiatrycznej zaproszeni zostaną przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Funduszu Zdrowia, towarzystw naukowych, środowiska akademickiego, klinicystów, świadczeniodawców oraz organizacji pozarządowych. Spodziewana jest dyskusja o dalszych rekomendacjach dla realnego wsparcia reformy psychiatrii i transformacji systemu.”

O kontroli **P/25/078 „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych”** da się dziś ustalić kilka twardych rzeczy, ale nie ma jeszcze publicznie dostępnej „Informacji o wynikach kontroli” ani oficjalnego komunikatu z tezami końcowymi. W dostępnych źródłach widać raczej: wpis w planie pracy NIK, ślad w dokumentach NFZ, tło w postaci wcześniejszych kontroli NIK dotyczących NPOZP i psychiatrii oraz aktualny kontekst regulacyjny pilotażu CZP.

Co dziś wiadomo o samej kontroli P/25/078

W planie pracy NIK na 2025 r. kontrola figuruje jako poz. 78, sygnatura P/25/078, prowadzona przez Delegaturę NIK w Poznaniu. Jej temat to „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych”, a pytanie definiujące cel główny brzmi: „Czy działania podejmowane na rzecz funkcjonowania środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych były prawidłowe, rzetelne i skuteczne?”. Jest to kontrola typu zgodności. Plan przewidywał realizację kontroli w III–IV kwartale 2025 r., a opracowanie i akceptację informacji pokontrolnej w I kwartale 2026 r..

Dodatkowo w sprawozdaniu NFZ o kontrolach zewnętrznych przeprowadzonych w 2025 r. odnotowano, że kontrola NIK P/25/078 pozostawała w toku. To ważny sygnał, bo pokazuje, że nawet po formalnym okresie prowadzenia czynności kontrolnych proces nie był jeszcze domknięty publikacyjnie.

Na dziś nie znajduję w serwisie NIK publicznej strony z wynikami kontroli P/25/078, analogicznej do stron opublikowanych dla wcześniejszych kontroli psychiatrycznych. To sugeruje, że albo finalna informacja nie została jeszcze opublikowana, albo panel z 20 kwietnia ma pełnić funkcję prezentacji i konsultacji wokół ustaleń przed lub równoległe do publikacji.

Co z tych danych wynika dla kontroli P/25/078

Najbardziej prawdopodobne jest, że wynik P/25/078 będzie miał charakter krytyczny albo mieszany z wyraźną przewagą ustaleń krytycznych. Nie dlatego, że NIK odrzuca sam model środowiskowy, lecz dlatego, że w dotychczasowych kontrolach psychiatrycznych stale wracają te same klasy problemów: słabe sterowanie centralne, niepełna koordynacja, nierówna dostępność, braki kadrowe, napięcia między modelem opieki a sposobem finansowania i rozliczeń oraz brak wystarczająco dojrzałego systemu oceny efektów.

Do tego dochodzi aktualny kontekst polityczno-regulacyjny: pilotaż CZP został ponownie przedłużony do 31 grudnia 2026 r., a MZ wskazywało, że rekomendację takiego przedłużenia zgłosił zespół ds. zmian systemowych w CZP. Sam fakt kolejnego przedłużenia wzmocnia hipotezę, że NIK może potraktować kontrolę jako moment oceny nie tylko bieżącego działania centrów, ale też jakości całego, przedłużającego się przejścia od pilotażu do modelu docelowego.

Predykcja zasadniczego sensu raportu

Prognoza jest następująca: NIK najpewniej sformułuje wniosek w rodzaju **„kierunek środowiskowy jest co do zasady właściwy, ale państwo nie uporządkowało spójnie podstaw organizacyjnych, nadzorczych, koordynacyjnych i finansowych jego wdrożenia”**. To byłoby spójne zarówno z „fiaskiem” NPOZP 2011–2015, jak i z późniejszymi ustaleniami o brakach systemowych w psychiatrii dziecięcej i dorosłej.

Szacunek prawdopodobieństwa głównych tez:

1. Krytyka niedostatecznej koordynacji systemowej i międzyinstytucjonalnej: 85–90%.

To jest niemal pewne, bo taki motyw pojawia się konsekwentnie w poprzednich kontrolach psychiatrycznych NIK.

2. Krytyka rozbieżności między ideą reformy a realnym wykonaniem organizacyjnym i finansowym: 80–85%.

To wprost wynika z kontroli wielkopolskiej dorosłych oraz z wcześniejszej oceny NPOZP.

3. Wskazanie, że system mierzy i rozlicza coś innego niż to, co deklaruje jako cel reformy: 70–80%.

Nie oczekuję tego w języku filozofii systemu, ale w języku NIK jako zarzut wobec wskaźników, rozliczeń, nadzoru i kontroli dostępności/potencjału. Kontrola wielkopolska dorosłych już pokazała, że NIK zwraca uwagę na rozjazd między raportowaną zdolnością a realną zdolnością świadczenia opieki.

4. Wskazanie, że obecne regulacje i praktyki nie zapewniają ciągłości ścieżki opieki po hospitalizacji i między sektorami: 75–85%.

Ten motyw jest już udokumentowany w kontroli z 2024 r. dotyczącej dorosłych.

5. Wniosek o potrzebie bardziej całościowej koncepcji reformy i uporządkowania aktów prawnych: 65–75%.

NIK potrafi formułować takie systemowe rekomendacje w ochronie zdrowia, a w innych obszarach zdrowotnych już wprost wniosowała o wdrożenie „całościowej koncepcji reformy”.

Czy NIK odniesie się do „ontologicznego błędu koszyka”?

Wprost, pod tą nazwą: 5–10%.

NIK niemal na pewno nie użyje pojęcia „ontologiczny błąd koszyka”, bo to nie jest jej zwyczajowy idiom. NIK pisze językiem legalności, rzetelności, gospodarności, skuteczności, nadzoru, koordynacji i osiągania rezultatów.

Treściowo, bez użycia tej nazwy: 70–80%.

Jeżeli przez „ontologiczny błąd koszyka” rozumiesz sytuację, w której katalog świadczeń i logika rozliczeniowa faktycznie konstytuują model systemu bardziej niż cele zdrowotne i organizacyjne, to NIK może dojść do bardzo bliskiej diagnozy praktycznej: że sposób regulacji i rozliczania nie wspiera ciągłości, koordynacji i realnej odpowiedzialności za populację. Takie załączki tego rozpoznania już są widoczne w ustaleniach o niezgodnościach rozliczeń, nadzorze NFZ i problemach ciągłości leczenia.

Czy NIK odniesie się do problemu agencyjności?

Wprost, w języku principal-agent: 10–20%.

To mało prawdopodobne. NIK zwykle nie używa ekonomiczno-instytucjonalnego aparatu pojęciowego tego typu wprost.

Treściowo, przez opis konfliktu bodźców i rozproszenia odpowiedzialności: 65–75%.

To jest bardzo prawdopodobne. Jeśli raport pokaże, że MZ projektuje pilotaż, NFZ rozlicza go w określony sposób, a świadczeniodawcy oraz personel działają pod presją sprawozdawczo-finansową, to będzie to de facto opis agencyjności, nawet bez tego słowa. Kontrola wielkopolska dorosłych już ujawniła symptomy takiego układu: rozjazd między deklarowanym potencjałem a realnym personelem, nadzór NFZ niedopasowany do rzeczywistości i mechanizmy finansowe rodzące spory o zwroty i rozliczenia.

Czy NIK wskaże problem mylenia produktywności z efektywnością?

Wprost, takim językiem: 20–30%.

NIK może użyć raczej pojęć typu „skuteczność”, „rezultaty”, „osiągnięcie celów”, „dostępność”, „rzetelność oceny”, niż abstrakcyjnego rozróżnienia produktywność/efektywność.

Treściowo: 70–80%.

Jeżeli kontrola będzie rzetelna, to niemal musi dotknąć kwestii, że liczba świadczeń, liczba raportowanych etatów czy poprawność formalna rozliczenia nie są tym samym co realny efekt zdrowotny, ciągłość opieki czy bezpieczeństwo pacjenta. Właśnie taki rozjazd pokazała kontrola wielkopolska: formalnie raportowany potencjał i kontrakty nie przekładały się automatycznie na bezpieczną, jakościową opiekę.

Czy NIK może wejść w krytykę utożsamiania EBM z efektami zdrowotnymi i populacyjnymi?

Wprost: 10–15%.

To mało prawdopodobne. NIK nie operuje zwykle aparatem sporów metodologicznych z obszaru EBM kontra efekty lecznicze/wartości zdrowotne populacji (outcome/population value).

Pośrednio: 60–70%.

Może to zrobić przez wskazanie, że system nie ma wystarczających mierników skuteczności reformy, jakości i rezultatów zdrowotnych, a nadmiernie opiera się na danych formalnych, finansowych i sprawozdawczych. To byłoby bliskie Twojej tezie, choć ujęte językiem kontroli publicznej.

Czy NIK odniesie się do NPOZP i modelu środowiskowego z perspektywy VB-MH?

Wprost, z użyciem terminu VB-MH: 1–5%.

Tego bym prawie nie oczekiwał. To nie jest standardowy język NIK.

Funkcjonalnie, częściowo zgodnie z logiką VB-MH: 55–65%.

Jeżeli raport podkreśli potrzebę mierzenia rzeczywistych rezultatów, ciągłości, koordynacji, adekwatności do potrzeb i spójności finansowania z celami systemu, to będzie to częściowo zgodne z logiką VB-MH, ale bez nazwania jej wprost.

Czy możliwe jest, że NIK zidentyfikuje błędy systemowe, strukturalne, metodologiczne i logiczne?

Tak, ale z różnym prawdopodobieństwem i z różnym słownictwem.

Błędy systemowe: 85–90%.

To najbardziej prawdopodobne. NIK już wielokrotnie pokazywała, że w psychiatrii problem nie sprowadza się do pojedynczych naruszeń, tylko do słabości systemowych.

Błędy strukturalne: 75–85%.

Zwłaszcza jeśli raport obejmie relacje MZ–NFZ–świadczeniodawcy–opieka społeczna–szpitale.

Błędy metodologiczne ewaluacji reformy: 55–70%.

To możliwe, szczególnie jeśli NIK uzna, że narzędzia oceny pilotażu są nieadekwatne do jego deklarowanych celów. Tego nie da się dziś potwierdzić źródłowo, ale wynika to z kierunku dotychczasowych ustaleń.

Błędy logiczne lub ontologiczne nazwane wprost: 10–15%.

NIK raczej opisze je jako niespójność regulacji, rozbieżność celów i instrumentów albo niewystarczające rozwiązania systemowe, a nie jako błąd ontologiczny.

Czy NIK może zawnioskować o zmianę paradygmatu z koszykowo-produkcyjnego na funkcjonalno-populacyjny?

Wprost, w takiej formule: 15–25%.

Taka rekomendacja jest możliwa intelektualnie, ale mało prawdopodobna językowo. NIK zwykle nie formułuje rekomendacji w kategoriach „zmiany paradygmatu” nazwanej w tak specjalistyczny sposób.

Pośrednio, przez rekomendacje bardzo bliskie temu kierunkowi: 60–75%.

To już jest realne. NIK może zalecić: uporządkowanie modelu docelowego po pilotażu, doprecyzowanie odpowiedzialności instytucji, poprawę zasad koordynacji, zmianę mechanizmów finansowania i rozliczeń, lepsze mierzenie efektów oraz dostosowanie regulacji do realnej ciągłości ścieżki opieki. Taki pakiet zaleceń byłby w praktyce ruchem od logiki komórkowo-produktowej ku bardziej funkcjonalno-populacyjnej, nawet jeśli nie pod tą nazwą.

Syntetyczna prognoza końcowa

Najbardziej prawdopodobny raport P/25/078 będzie miał cztery osie:

- 1. NIK nie odrzuci idei środowiskowej psychiatrii;**
- 2. NIK skrytykuje państwo za niespójne i przedłużające się wdrażanie modelu docelowego;**
- 3. NIK mocno wejdzie w rozliczenia, nadzór, kadry, ciągłość leczenia i koordynację;**
- 4. NIK zaproponuje bardziej całościowe uporządkowanie organizacyjne i finansowe, ale raczej bez użycia języka VB-MH, agencyjności czy ontologii koszyka.**

Najkrócej: **duża szansa na rozpoznanie objawów tego, o czym piszesz; dużo mniejsza szansa na nazwanie tego Twoim aparatem pojęciowym.**

C. Prognoza wniosków pokontrolnych dla kontroli P/25/078 (środowiskowa opieka psychiatryczna dla dorosłych) – ułożoną tak, jak realnie formułuje je Najwyższa Izba Kontroli (adresaci: MZ, NFZ, podmioty lecznicze), wraz z szacowanym prawdopodobieństwem i krótką logiką.

I. Wnioski strategiczne (systemowe)

1. Opracowanie i wdrożenie spójnego modelu docelowego opieki psychiatrycznej

Prawdopodobieństwo: 80–90%

Treść wniosku (typowa dla NIK):

Minister Zdrowia powinien określić docelowy model organizacyjny opieki psychiatrycznej, w tym rolę CZP, relacje z lecnictwem szpitalnym oraz zasady odpowiedzialności za populację.

Logika:

Powtarzający się zarzut NIK: brak domkniętej koncepcji systemu po latach pilotażu.

2. Wzmocnienie koordynacji międzysektorowej

Prawdopodobieństwo: 85–95%

Treść:

Zapewnienie skutecznej współpracy między systemem ochrony zdrowia, pomocą społeczną, edukacją i innymi instytucjami.

Logika:

Stały motyw w kontrolach NPOZP i psychiatrii – brak integracji.

3. Zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem

Prawdopodobieństwo: 80–90%

Treść:

Wdrożenie mechanizmów gwarantujących kontynuację leczenia (zwłaszcza po hospitalizacji) oraz koordynację między formami opieki.

Logika:

Jedna z najczęściej identyfikowanych luk systemowych.

4. Uporządkowanie zasad finansowania opieki psychiatrycznej

Prawdopodobieństwo: 70–85%

Treść:

Dostosowanie mechanizmów finansowania do modelu opieki środowiskowej oraz zapewnienie stabilnych zasad finansowania CZP.

Logika:

NIK konsekwentnie wskazuje napięcie między modelem a finansowaniem.

5. Wprowadzenie systemu monitorowania efektów

Prawdopodobieństwo: 75–85%

Treść:

Opracowanie wskaźników umożliwiających ocenę skuteczności opieki psychiatrycznej, w tym efektów zdrowotnych i dostępności.

Logika:

Brak narzędzi oceny efektów = brak możliwości oceny reformy.

II. Wnioski operacyjne (do NFZ i MZ)**6. Udoskonalenie systemu nadzoru i kontroli nad świadczeniodawcami**

Prawdopodobieństwo: 75–85%

Treść:

NFZ powinien wzmocnić nadzór nad realizacją świadczeń, w tym weryfikację danych sprawozdawczych i potencjału kadrowego.

Logika:

Bezpośrednia kontynuacja wcześniejszych ustaleń o rozbieżnościach kadrowych i sprawozdawczych.

7. Ujednoczenie zasad sprawozdawczości i rozliczeń

Prawdopodobieństwo: 70–80%

Treść:

Doprecyzowanie zasad raportowania świadczeń oraz eliminacja niejednoznaczności interpretacyjnych.

Logika:

Częste źródło nieprawidłowości finansowych.

8. Zapewnienie adekwatnych zasobów kadrowych

Prawdopodobieństwo: 80–90%

Treść:

Podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępności kadry psychiatrycznej i zespołów środowiskowych.

Logika:

Najbardziej powtarzalny problem systemowy.

9. Ograniczenie nierówności regionalnych w dostępie

Prawdopodobieństwo: 65–75%

Treść:

Podjęcie działań zmierzających do wyrównania dostępności opieki psychiatrycznej w różnych regionach kraju.

Logika:

NIK regularnie wskazuje dysproporcje terytorialne.

III. Wnioski do świadczeniodawców (CZP)

10. Zapewnienie zgodności realizacji świadczeń z umowami

Prawdopodobieństwo: 80–90%

Treść:

Podmioty lecznicze powinny realizować świadczenia zgodnie z warunkami umów oraz zapewnić rzeczywistą dostępność kadry.

11. Poprawa organizacji procesu udzielania świadczeń

Prawdopodobieństwo: 70–80%

Treść:

Usprawnienie organizacji pracy, w tym funkcjonowania zespołów środowiskowych i punktów koordynacyjnych.

12. Zapewnienie rzetelności danych sprawozdawczych

Prawdopodobieństwo: 75–85%

Treść:

Zapewnienie zgodności danych raportowanych do NFZ ze stanem faktycznym.

IV. Wnioski „graniczne” (mniej pewne, ale możliwe)

13. Skrócenie lub zakończenie formuły pilotażu i przejście do modelu systemowego

Prawdopodobieństwo: 50–65%

Treść:

Rozważenie zakończenia pilotażu i wdrożenia rozwiązań systemowych.

Logika:

Zbyt długie utrzymywanie pilotażu może zostać uznane za nieprawidłowość systemową.

14. Doprecyzowanie odpowiedzialności instytucjonalnej (MZ–NFZ–CZP)

Prawdopodobieństwo: 60–75%

Treść:

Jasne określenie zakresów odpowiedzialności poszczególnych podmiotów.

15. Zwiększenie roli planowania strategicznego na poziomie państwa

Prawdopodobieństwo: 60–70%

Treść:

Wzmocnienie roli Ministerstwa Zdrowia w koordynacji reformy.

V. Wnioski mało prawdopodobne

✗ Odrzucenie modelu CZP jako koncepcji

Prawdopodobieństwo: 10–20%

✗ Rekomendacja powrotu do modelu szpitalno-ambulatoryjnego

Prawdopodobieństwo: <10%

VI. Najważniejszy wzorzec wniosków

Jeżeli zsyntetyzować powyższe:

NIK najprawdopodobniej sformułuje wnioski w trzech liniach:

1. **Uporządkować system (model, odpowiedzialność, koordynacja)**
2. **Poprawić mechanikę działania (kadry, rozliczenia, nadzór)**
3. **Wprowadzić realną ocenę efektów**
- 4.

VII. Jednozdaniowa prognoza

Wnioski NIK będą zmierzać nie do zakwestionowania CZP, lecz do uporządkowania systemu wokół nich – poprzez wzmocnienie koordynacji, dopasowanie finansowania i wprowadzenie mierzalnych efektów opieki.

D. Ocena efektywności osiągania celów przez Centra Zdrowia Psychicznego

Kontrolerzy Najwyższa Izba Kontroli mogą postawić tezę, że Centra Zdrowia Psychicznego „nie zapewniają efektywnego osiągania celów, do których zostały powołane” – ale zwykle robią to w wersji zniuansowanej:

„w badanym zakresie/obszarach/województwach nie zapewniono...”

„nie w pełni osiągnięto...”

„rozwiązania nie gwarantują...”

czyli raczej warunkowo i zakresowo, a nie jako totalne odrzucenie modelu.

1) Jak NIK rozumie „cele CZP” (operacyjnie)

NIK nie będzie definiować celów filozoficznie, ani według modelu opieki psychiatrycznej opartej na wartościach (VB-MH). Oprze się na tym, co wynika z aktów, pilotażu i uzasadnień polityki publicznej (NPOZP, założenia CZP). W praktyce cele zostaną „przetłumaczone” na mierzalne funkcje systemu:

A. Zapewnienie dostępności opieki psychiatrycznej

- łatwy dostęp (PZK / „wejście do systemu”),
- skrócenie czasu oczekiwania,
- pokrycie populacji.

dla NIK: **cel podstawowy i najłatwiejszy do oceny**

B. Zapewnienie ciągłości i koordynacji opieki

- spójna ścieżka: ambulatoryjna ↔ środowiskowa ↔ szpitalna,
- brak „wypadania” pacjentów z systemu,
- koordynacja leczenia.

dla NIK: **rdzeń efektywności systemowej**

C. Przesunięcie opieki do środowiska (deinstytucjonalizacja)

- ograniczenie hospitalizacji (tam gdzie możliwe),
- rozwój zespołów środowiskowych,
- leczenie blisko miejsca życia pacjenta.

dla NIK: **cel strukturalny reformy**

D. Racjonalne wykorzystanie środków publicznych

- adekwatne wykorzystanie kontraktów,

- zgodność rozliczeń,
- brak marnotrawstwa zasobów.

dla NIK: **klasyczny wymiar efektywności**

E. Poprawa funkcjonowania systemu (niekoniecznie wyników klinicznych)

- lepsza organizacja opieki,
- większa spójność systemu,
- poprawa dostępności usług.

NIK rzadziej wejdzie w kwestię:

- redukcji objawów,
- zdrowienia i jakości życia (to nie jest główny operacyjny cel w kontroli)

2) Jak NIK „testuje” te cele (logika kontroli)

NIK nie pyta: „czy CZP są dobrą ideą?”

NIK pyta: **czy wprowadzony mechanizm publiczny (CZP) osiąga zakładane cele w sposób efektywny?**

I robi to przez zestaw testów:

1. Czy dostępność się poprawiła?

- jeśli nie → brak skuteczności

2. Czy system działa jako całość?

- jeśli nie ma ciągłości → brak efektywności

3. Czy zasoby są realnie wykorzystywane?

- jeśli nie → nieefektywność

4. Czy wydatki przekładają się na efekt systemowy?

- jeśli nie → nieefektywność

3) W jakiej formie padnie potencjalna teza krytyczna o CZP

Najbardziej prawdopodobne warianty:

Wariant „miękki” (najbardziej typowy)

„Centra zdrowia psychicznego przyczyniły się do poprawy dostępności opieki, jednak nie zapewniły pełnej realizacji zakładanych celów, w szczególności w zakresie ciągłości i koordynacji opieki.”

Wariant „średni”

„Funkcjonowanie centrów zdrowia psychicznego nie zapewnia efektywnego osiągnięcia celów reformy, ze względu na brak spójnych rozwiązań systemowych.”

Wariant „twardszy”

„W badanym zakresie centra zdrowia psychicznego nie zapewniły efektywnego osiągnięcia celów, do których zostały powołane.”

ale:

- zwykle ograniczone do **konkretnych obszarów lub województw**,
- nie jako globalne odrzucenie modelu.

4) Kluczowa różnica interpretacyjna (VB-MH vs NIK)

Ty: cel = **wartość zdrowotna / zdrowienie / funkcjonowanie pacjenta**

NIK: cel = **sprawnie działający system zapewniający dostęp i ciągłość**

dlatego możliwa jest sytuacja:

- system działa „efektywnie” dla NIK,
- ale „nieefektywnie” w sensie VB-MH

i odwrotnie.

5) Najważniejszy wniosek strategiczny

Tak – NIK może postawić tezę o nieefektywności CZP względem ich celów.

Ale:

- będzie to odniesione do:
 - dostępności,
 - ciągłości,
 - organizacji,
 - wykorzystania zasobów,
- a nie do:
 - zdrowienia,
 - jakości życia,
 - wartości zdrowotnej.

6) Jak to wykorzystać na panelu (kluczowy ruch)

Jeżeli padnie taka teza NIK:

„CZP nie zapewniają efektywnego osiągnięcia celów”

Twoja optymalna odpowiedź (w języku NIK):

„Zgadzam się z tą diagnozą w zakresie efektywności systemowej. Jednocześnie warto zauważyć, że ograniczenia te wynikają nie tyle z samej koncepcji centrów, ile z niespójności między celami reformy a mechanizmami jej realizacji – w szczególności w obszarze finansowania, koordynacji i odpowiedzialności za ciągłość opieki.”

To:

- nie podważa NIK,
- ale przesuwa dyskusję na poziom architektury systemu.

7) Jednozdaniowa odpowiedź na Twoje pytanie

Dla kontrolerów NIK, Centra Zdrowia Psychicznego istnieją po to, aby zapewnić dostępność, ciągłość i bardziej racjonalnie zorganizowaną opiekę psychiatryczną – i właśnie względem tych funkcji będą one oceniane pod kątem efektywności.

E. Problem znaczenia słowa „efektywność” w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychiatrycznej

Wprowadzenie

W debacie o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli dotyczących systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza opieki psychiatrycznej, bardzo ważne jest precyzyjne rozumienie pojęcia „efektywności”. W potocznym rozumieniu słowo to może oznaczać skuteczność kliniczną leczenia, poprawę zdrowia populacji, ograniczenie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, wzrost jakości życia pacjentów lub poprawę ich funkcjonowania społecznego. Jednak w praktyce raportów pokontrolnych NIK pojęcie to ma zwykle inne znaczenie. Nie jest ono przede wszystkim kategorią kliniczną ani kategorią zdrowia publicznego w sensie populacyjnych efektów zdrowotnych (outcome population-based), lecz kategorią ekonomiczno-zarządczą odnoszącą się do funkcjonowania systemu publicznego.

To rozróżnienie ma zasadnicze znaczenie. Jeżeli raport pokontrolny NIK nie odnosi się bezpośrednio do efektywności zdrowotnej, rozumianej jako poprawa zdrowia psychicznego mieszkańców całej populacji, nie oznacza to jeszcze, że taki raport jest bezwartościowy albo że nie wnosi niczego konstruktywnego. Oznacza to raczej, że odpowiada on na inne pytanie. Nie pyta: „czy populacja zdrowieje?”, lecz: „czy państwo zorganizowało system oraz wydaje środki publiczne w taki sposób, który w ogóle pozwala ten cel osiągnąć?”. Innymi słowy, raport NIK dotyczy warunków koniecznych funkcjonowania systemu, choć nie obejmuje pełnej oceny warunków wystarczających do uzyskania wartości zdrowotnej.

Właśnie w tym sensie raporty NIK mają doniosłe znaczenie publiczne. Nie tworzą same przez się zdrowia populacji, ale mogą ujawnić, czy system jest zorganizowany tak, by w ogóle mógł generować pożądane efekty zdrowotne.

1. Formalny i praktyczny sens pojęcia „efektywności” w działalności kontrolnej NIK

Najwyższa Izba Kontroli działa w klasycznej triadzie kryteriów kontroli: legalności, rzetelności oraz gospodarności i efektywności. **Legalność** dotyczy zgodności z przepisami prawa, umowami, zarządzeniami i regulacjami. **Rzetelność** odnosi się do wiarygodności działań, zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym oraz poprawności postępowania. **Gospodarność i efektywność** dotyczą natomiast relacji między zasobami publicznymi a osiąganymi celami.

W praktyce oznacza to, że NIK nie traktuje efektywności jako pojęcia czysto klinicznego. Nie rozumie jej przede wszystkim jako redukcji objawów, poprawy remisji, spadku ryzyka nawrotów, wzrostu jakości życia czy poprawy funkcjonowania społecznego pacjentów.

Efektywność w raportach pokontrolnych NIK ma rdzeń ekonomiczny, ale jest to ekonomia szczególnego rodzaju: nie ekonomia kliniczna, nie analiza cost-effectiveness w sensie HTA, nie logika QALY czy DALY, lecz **ekonomia funkcjonowania sektora publicznego**, czyli **racjonalności gospodarowania środkami publicznymi dla osiągnięcia celu publicznego**.

Można powiedzieć, że NIK operuje praktycznym odpowiednikiem klasycznej koncepcji 3E: economy, efficiency, effectiveness. Oszczędność oznacza, ile kosztuje zasób. Wydajność oznacza, ile produktu lub działania uzyskuje się z danego zasobu. Skuteczność oznacza, czy osiągnięto cel, dla którego system został stworzony. Jednak w praktyce raportów pokontrolnych pojęcia te nie są rygorystycznie rozdzielane według logiki analizy ekonomicznej. Funkcjonują raczej jako powiązany blok oceny gospodarowania środkami publicznymi.

W tym sensie **efektywność u NIK jest kategorią ekonomiczno-zarządczą**. Ocenia ona, **czy system publiczny działa w sposób racjonalny, czy nie marnuje zasobów, czy pozwala osiągać założone cele organizacyjne i czy istnieje związek między wydatkami a funkcjonowaniem systemu**. Nie jest natomiast narzędziem bezpośredniej oceny wartości zdrowotnej dla pacjenta lub populacji.

2. Jak NIK operacyjnie rozumie efektywność w ochronie zdrowia

W praktyce kontrolnej NIK nie liczy efektywności jednym wskaźnikiem. Buduje ją pośrednio, rekonstruując ją z szeregu pytań kontrolnych i związków między nakładami, organizacją i rezultatami systemowymi. Najważniejszy schemat rozumowania wygląda następująco: środki publiczne, kontrakty, zasoby kadrowe i infrastrukturalne powinny przekładać się na dostępność świadczeń, te świadczenia powinny być rzeczywiście udzielane, a cały system powinien rozwiązywać problem, dla którego został powołany.

W praktyce daje to cztery główne poziomy oceny.

Po pierwsze, **NIK bada relację między nakładami a dostępnością**. Jeżeli wydatki rosną, a dostępność nie poprawia się lub poprawia się nieproporcjonalnie słabo, pojawia się podejrzenie nieefektywności. Jeżeli zasoby istnieją formalnie, ale pacjent nie ma realnego dostępu do pomocy, także mamy do czynienia z nieefektywnością.

Po drugie, **NIK ocenia relację między zasobami a ich wykorzystaniem**. Jeśli deklarowane zatrudnienie nie pokrywa się ze stanem rzeczywistym, jeśli kontrakt formalnie istnieje, ale nie przekłada się na realne świadczenia, jeśli infrastruktura jest wykazana, ale nie służy efektywnemu udzielaniu opieki, wówczas kontrolerzy mówią o nieefektywnym wykorzystaniu zasobów.

Po trzecie, **NIK analizuje relację między strukturą systemu a procesem opieki**. Brak koordynacji, brak ciągłości leczenia, słaba współpraca między poziomami opieki, nieskuteczne przekazywanie pacjentów między formami pomocy są rozpoznawane jako przejawy nieefektywności organizacyjnej. W tej logice system może być formalnie

finansowany i prawnie ustanowiony, ale jeżeli nie działa jako całość, pozostaje nieefektywny.

Po czwarte, **NIK próbuje ustalić relację między całym systemem a celem publicznym**. Jest to poziom najbliższy klasycznemu rozumieniu effectiveness, ale nadal ujmowany głównie jakościowo i administracyjnie. Chodzi o ocenę, czy system istnieje nie tylko formalnie, lecz także rzeczywiście rozwiązuje problem, do którego został powołany. W ochronie zdrowia oznacza to przede wszystkim zapewnianie dostępnej, ciągłej i bezpiecznej opieki zdrowotnej.

3. Specyfika opieki psychiatrycznej w ujęciu NIK

W odniesieniu do psychiatrii praktyczne rozumienie efektywności przez NIK ulega pewnemu rozszerzeniu. Wynika to z natury samej opieki psychiatrycznej, która jest bardziej rozproszona, długoterminowa, oparta na współpracy wielu form wsparcia i bardziej zależna od ciągłości niż wiele innych obszarów medycyny.

W raportach dotyczących opieki psychiatrycznej da się dostrzec trzy główne warstwy rozumienia efektywności.

Pierwszą jest **efektywność dostępową**. NIK bada wtedy, czy pacjent może realnie uzyskać pomoc. Obejmuje to czas oczekiwania, dostępność specjalistów, pokrycie terytorialne, możliwość zgłoszenia się do systemu oraz funkcjonowanie takich rozwiązań jak Centra Zdrowia Psychicznego. Jeśli dostęp jest ograniczony, system psychiatryczny jest uznawany za nieefektywny, nawet jeśli formalnie spełnia wymogi kontraktowe czy regulacyjne.

Drugą warstwą jest **efektywność organizacyjna**, czyli ciągłość i koordynacja opieki. NIK analizuje tu, czy system działa jako całość. Szczególnie istotne są przejścia między opieką ambulatoryjną, środowiskową i szpitalną, kontynuacja leczenia po hospitalizacji, współpraca między świadczeniodawcami oraz relacje między ochroną zdrowia a pomocą społeczną. Brak ciągłości lub brak koordynacji oznacza w praktyce nieefektywność systemową.

Trzecią warstwą jest **efektywność wykorzystania zasobów**. W psychiatrii obejmuje ona zgodność zatrudnienia z deklaracjami, wykorzystanie kontraktów, poprawność rozliczeń oraz adekwatność wydatków. Jeżeli system finansuje określony model opieki, ale zasoby nie są używane zgodnie z przeznaczeniem albo nie przekładają się na realnie udzielaną pomoc, NIK uznaje to za nieefektywność finansową lub zarządczą.

Ważne jest jednak to, czego NIK w opiece psychiatrycznej na ogół nie mierzy. Raporty pokontrolne rzadko analizują redukcję objawów, poprawę jakości życia, wzrost samodzielności, odzyskiwanie ról społecznych czy subiektywne poczucie zdrowienia. NIK zwykle nie operuje PROM, PREM ani innymi narzędziami typowymi dla oceny efektów klinicznych i konsumenckich. Efektywność kliniczna i zdrowotna pozostaje dla Izby ważna deklaratorywnie, ale słabo uchwytna operacyjnie.

4. Czego NIK nie uznaje za efektywność albo ujmuje tylko pośrednio

To rozróżnienie jest szczególnie ważne przy porównaniu logiki NIK z logiką value-based mental health. W praktyce raportów pokontrolnych NIK nie utożsamia wprost liczby świadczeń z efektywnością, ale często operuje na danych produkcyjnych, ponieważ są one łatwo dostępne, mierzalne i sprawozdawczo ugruntowane. Powstaje zatem napięcie: **formalnie produkcja nie jest tożsama z efektywnością, lecz praktycznie bywa jej głównym nośnikiem pomiarowym.**

Podobnie dzieje się z efektami klinicznymi. NIK rzadko ocenia skuteczność interwencji w znaczeniu terapeutycznym. Nie pyta zwykle, czy zastosowane leczenie przyniosło trwałą poprawę stanu psychicznego pacjenta, lecz raczej, **czy system umożliwił udzielenie świadczeń zgodnie z przyjętym modelem organizacyjnym i publicznym mandatem.**

Jakość życia i funkcjonowanie pacjentów mogą pojawiać się w uzasadnieniach lub w opisie celów reformy, ale z reguły nie stanowią centralnych narzędzi operacyjnych kontroli. Tym samym **NIK mierzy przede wszystkim sprawność systemu**, a nie jego zdolność do generowania wartości zdrowotnej w pełnym sensie.

5. Faktyczny model efektywności stosowany przez NIK

Jeżeli próbować zrekonstruować praktyczny model efektywności stosowany przez kontrolerów NIK w ochronie zdrowia, a zwłaszcza w opiece psychiatrycznej, można ująć go następująco: **efektywność to zdolność systemu do zapewnienia dostępnej, ciągłej i prawidłowo zorganizowanej opieki przy racjonalnym wykorzystaniu środków publicznych.**

Jest to model zbudowany na sekwencji: **system – organizacja – proces – dostępność.** Nie jest to model zbudowany na sekwencji: **pacjent – wynik kliniczny – wartość zdrowotna – wynik populacyjny.** To właśnie jest kluczowa różnica między podejściem NIK a logiką opieki psychiatrycznej opartej na wartościach zdrowotnych.

Można powiedzieć, że dla NIK system jest efektywny wtedy, gdy działa jako system: nie gubi pacjenta, nie marnuje zasobów, nie istnieje wyłącznie na papierze, zapewnia minimalną dostępność, ciągłość i zgodność działania. Dla podejścia VB-MH system jest natomiast efektywny wtedy, gdy generuje wartość zdrowotną dla pacjenta i populacji, a więc gdy przekłada się na realną poprawę funkcjonowania, jakości życia i zdrowia psychicznego.

6. Sens i pożytek publiczny raportu NIK mimo tej luki definicyjnej

W tym miejscu pojawia się kluczowe pytanie: skoro raport pokontrolny NIK nie odpowiada na pytanie, czy populacja zdrowieje, to jaki jest jego konstruktywny sens i publiczna użyteczność?

Odpowiedź brzmi: jego sens jest realny, ale inny niż w modelu oceny efektów zdrowotnych (outcome health). Raport NIK nie tworzy wartości zdrowotnej, lecz tworzy warunki, bez których taka wartość nie może powstać. Ujawnia i porządkuje obszary, bez których żaden model kliniczny nie zadziała.

Po pierwsze, **raport pełni funkcję „twardych porządków” w systemie**. Identyfikuje i wymusza korekty tam, gdzie występuje niezgodność realizacji z umowami, nierzetelność danych, pozorność deklarowanych zasobów kadrowych, oczywiste nadużycia lub nieprawidłowości. Jego pożytkiem publicznym jest wówczas ograniczenie marnotrawstwa i likwidacja fikcji organizacyjnej.

Po drugie, **raport bardzo dobrze ujawnia niespójność architektury systemu**.

Kontrolerzy NIK trafnie identyfikują brak ciągłości ścieżki opieki, słabą koordynację, rozproszenie odpowiedzialności oraz sprzeczności między mechanizmami finansowania a deklarowanym modelem opieki. Publiczna wartość takiego ustalenia polega na tym, że daje ono legitymizowany, państwowy dowód na to, że system nie działa jako system. Tego rodzaju ustalenie stanowi mocny impuls do zmian regulacyjnych i organizacyjnych.

Po trzecie, **raport przesuwa debatę z poziomu opinii na poziom dowodów**

instytucjonalnych. Bez raportu dyskusja o reformie psychiatrii toczy się często między konkurującymi narracjami środowisk zawodowych, organizacyjnych lub politycznych. Z raportem NIK dyskusja zyskuje punkt odniesienia w ustaleniach organu konstytucyjnego. To tworzy możliwość zmian rozporządzeń, zarządzeń NFZ i działań Ministerstwa Zdrowia z mandatem opartym na oficjalnym rozpoznaniu nieprawidłowości.

Po czwarte, **raport wzmacnia odpowiedzialność instytucjonalną**. Wskazuje, które zadania i zaniechania należą do Ministerstwa Zdrowia, które do NFZ, a które do świadczeniodawców. Kończy tym samym wygodną formułę rozmycia odpowiedzialności w rodzaju „to nie my, to system”.

Po piąte, **raport podnosi minimalny standard funkcjonowania systemu**. Nie projektuje modelu idealnego, ale podnosi „podłogę” systemu, wymuszając minimalną dostępność, minimalną ciągłość i minimalną zgodność działania z prawem i umowami. W tym sensie chroni pacjentów przed najgorszymi skutkami chaosu organizacyjnego.

7. Granice raportu NIK

Warto jednak wyraźnie zaznaczyć ograniczenia tego rodzaju raportu.

Po pierwsze, **nie odpowie on na pytanie, czy spadła depresja w populacji, czy poprawiło się funkcjonowanie pacjentów, czy wzrosło zdrowienie, ani czy poprawiła się jakość życia osób korzystających z opieki psychiatrycznej**. Tego rodzaju pytania wykraczają poza operacyjny mandat i narzędzia NIK.

Po drugie, **raport nie zbuduje teorii systemu**. Może diagnozować niespójność, ale nie sformułuje wprost tezy o konieczności przejścia na model VB-MH ani nie nazwie błędów systemu w kategoriach ontologii koszyka czy zmiany paradygmatu.

Po trzecie, **raport nie zaprojektuje modelu docelowego**. Może wskazać problemy i zasugerować kierunki, ale nie stworzy kompleksowej architektury systemu opieki psychiatrycznej. Tę rolę muszą pełnić polityka zdrowotna, prawo, standardy organizacyjne i praktyka kliniczna.

8. Kluczowe napięcie: efektywność systemowa a efektywność zdrowotna

Najważniejszy problem analityczny można ująć następująco: **NIK mierzy efektywność systemu, ale nie mierzy tego, czy system produkuje zdrowie. Oznacza to, że Izba może wykazać, że system działa źle w sensie organizacyjnym, ale nie może w pełni wykazać, czy działa dobrze albo źle w sensie zdrowotnym.**

To napięcie jest szczególnie widoczne w opiece psychiatrycznej. Z jednej strony NIK zbliża się częściowo do logiki opieki opartej na wartościach, ponieważ kładzie nacisk na ciągłość, dostępność i koordynację. Z drugiej jednak strony nie operuje kategorią wartości zdrowotnej dla pacjenta lub populacji, nie mierzy systematycznie funkcjonowania, jakości życia ani zdrowienia, nie analizuje relacji koszt–wynik zdrowotny i nie korzysta z narzędzi pozwalających ocenić efekt zdrowotny reformy. Dlatego można powiedzieć, że efektywność u NIK ma charakter ekonomiczno-organizacyjny, a nie zdrowotny. Jest to ekonomia funkcjonowania systemu, a nie ekonomia zdrowia.

9. Znaczenie tej luki dla interpretacji kontroli CZP

W odniesieniu do Centrów Zdrowia Psychicznego oznacza to, że raport pokontrolny NIK będzie najprawdopodobniej odpowiadał na pytanie, **czy CZP działają jako element sprawnego systemu publicznego: czy zwiększają dostępność, czy zapewniają ciągłość opieki, czy racjonalnie wykorzystują zasoby, czy działają zgodnie z umowami i regulacjami.**

Nie odpowie natomiast w pełni na pytanie, **czy CZP poprawiają zdrowie psychiczne populacji, zmniejszają długoterminowe obciążenie zaburzeniami psychicznymi, zwiększają poziom zdrowienia ani generują wartość zdrowotną w sensie VB-MH.** W tym sensie raport NIK dostarcza warunków koniecznych oceny reformy, ale nie wyczerpuje jej sensu.

Paradoksalnie właśnie ta luka może być bardzo użyteczna w debacie reformującej system. Jeżeli raport NIK wykaże brak ciągłości, brak koordynacji, brak powiązania nakładów z efektami systemowymi, to można na tej podstawie powiedzieć: to właśnie dlatego system nie generuje oczekiwanych efektów zdrowotnych. Raport NIK nie daje pełnej odpowiedzi, ale ujawnia przyczyny, dla których pełna odpowiedź może być dziś negatywna albo niemożliwa do ustalenia.

10. Wniosek końcowy

W praktyce raportów pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli efektywność w ochronie zdrowia, a w szczególności w opiece psychiatrycznej, jest rozumiana jako ekonomiczno-organizacyjna sprawność systemu publicznego. Chodzi o to, czy system przy racjonalnym wykorzystaniu środków publicznych zapewnia dostępność, ciągłość, koordynację, zgodność i podstawową zdolność realizacji celu publicznego. Nie jest to jednak tożsame z oceną wartości zdrowotnej dla pacjenta lub populacji.

Dlatego raport NIK nie powie, czy system leczy skutecznie w sensie zdrowotnym, ale może bardzo precyzyjnie pokazać, czy system jest w ogóle zorganizowany tak, by mógł leczyć skutecznie. To jest jego zasadniczy sens i główny pożytek publiczny. Raport taki demaskuje niespójność systemu, porządkuje odpowiedzialność i tworzy polityczne oraz prawne okno do reformy. Nie zastępuje oceny efektów zdrowotnych, ale dostarcza podstaw do tego, aby w ogóle można było zacząć je mierzyć i osiągać. Najkrócej można to ująć tak: **Najwyższa Izba Kontroli mierzy efektywność jako racjonalność działania systemu, a nie jako wartość zdrowotną jego rezultatów. Właśnie dlatego jej raporty nie zamykają debaty o reformie psychiatrii, lecz otwierają ją na właściwym, systemowym poziomie.**

Argumenty na panel ekspercki na rzecz „efektywności zdrowotnej w opiece psychiatrycznej”

Precyzyjna linia argumentacyjna, która wykorzystuje lukę definicyjną NIK (efektywność systemowa ≠ efektywność zdrowotna) jako **najmocniejszy, a jednocześnie „bezpieczny” punkt wejścia do zmiany systemu**. Konstrukcja jest tak ułożona, żeby była w pełni akceptowalna dla Najwyższa Izba Kontroli, a jednocześnie niosła logikę VB-MH opieki psychiatrycznej opartej na wartościach.

I. Logika strategiczna (co robisz)

Twoim celem nie jest:

- krytykować NIK
- mówić „to za mało”

Twoim celem jest:

- pokazać, że raport NIK jest konieczny, ale niewystarczający
- rozszerzyć definicję efektywności o brakujący poziom
- zaproponować naturalne „domknięcie” systemu

II. Rdzeń argumentu (3 kroki)

KROK 1 — pełna zgoda z NIK

„Raport bardzo trafnie pokazuje problemy dostępności, ciągłości opieki i wykorzystania zasobów.”

To buduje wiarygodność i usuwa opór.

KROK 2 — precyzyjne wskazanie luki (bez ataku)

„Te elementy są warunkiem koniecznym efektywności systemu.”

I kluczowe zdanie:

„Natomiast sam fakt, że system działa sprawnie organizacyjnie, nie oznacza jeszcze, że osiąga swoje cele zdrowotne.”

To jest moment przejścia poziom wyżej.

KROK 3 — domknięcie (Twoja wartość)

„Brakuje nam narzędzi, które pozwalają ocenić, czy poprawa organizacji przekłada się na poprawę zdrowia psychicznego populacji.”

To nie jest krytyka – to **uzupełnienie**.

III. Najważniejsze zdanie (do zapamiętania)

„Efektywność systemowa jest warunkiem koniecznym, ale nie jest warunkiem wystarczającym dla osiągnięcia efektów zdrowotnych.”

To jest Twoje „złote zdanie”.

IV. Wersja rozwinięta

Możesz powiedzieć dokładnie tak:

„Wyniki kontroli bardzo trafnie identyfikują problemy dostępności, ciągłości opieki i wykorzystania zasobów. To są kluczowe elementy efektywności systemowej i bez ich uporządkowania system nie może działać prawidłowo.

Jednocześnie warto zauważyć, że efektywność systemowa jest warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym. Sam fakt, że system jest lepiej zorganizowany, nie oznacza jeszcze, że osiąga cele zdrowotne, dla których został powołany.

W obecnym modelu brakuje narzędzi, które pozwalają ocenić, czy poprawa organizacji przekłada się na poprawę zdrowia psychicznego populacji.

Dlatego kolejnym krokiem powinno być uzupełnienie obecnego podejścia o system mierzenia efektów zdrowotnych, tak aby można było ocenić rzeczywistą skuteczność reformy.”

V. Dlaczego to działa (mechanika)

1. Nie podważasz NIK

→ wzmacniasz ich raport

2. Nie wchodzisz w ideologię

→ zostajesz w języku „efektywności”

3. Tworzysz „logiczną konieczność”

→ skoro:

- system ma cele zdrowotne
- a nie mierzymy ich

to:

system jest niepełny

VI. Jak wpleść Twoje koncepcje (ukrycie teorii w języku NIK)

1. „Koszyk” (ukrycie)

Nie mów: ontologia koszyka

Powiedz:

„instrumenty finansowe nie są w pełni powiązane z celami zdrowotnymi”

2. Agencyjność (ukrycie)

Nie mów: principal-agent

Powiedz:

„rozproszenie odpowiedzialności utrudnia osiągnięcie efektów”

3. VB-MH (ukrycie)

Nie mów: value-based mental health

Powiedz:

„powiązanie finansowania i organizacji z osiąganymi rezultatami zdrowotnymi”

VII. Najmocniejsza wersja

to jest poziom „high impact”:

„Dzisiaj potrafimy ocenić, czy system działa, ale nie potrafimy ocenić, czy działa dobrze – w sensie zdrowotnym.”

VIII. Pułapki (czego NIE robić)

✗ „NIK nie bada tego, co ważne”

✗ „to jest błędna metodologia”

✗ „system jest ontologicznie wadliwy”

to zamyka rozmowę

IX. Finalna synteza (jedno zdanie)

„Raport NIK pokazuje, czy system działa – kolejnym krokiem musi być sprawdzenie, czy dzięki temu system rzeczywiście poprawia zdrowie psychiczne populacji.”

F. Nota briefingowa na panel ekspertów NIK – 20 kwietnia 2026

Kontrola P/25/078 „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych”

Co NIK najprawdopodobniej powie (rdzeń przekazu)

1. Kierunek reformy jest zasadny, ale wdrożenie niespójne

NIK niemal na pewno potwierdzi sens modelu środowiskowego (CZP), ale wskaże, że:

- państwo nie zbudowało spójnego modelu docelowego,
- pilotaż trwa zbyt długo i funkcjonuje w warunkach niepewności regulacyjnej,
- istnieje rozdźwięk między deklaracją strategiczną (NPOZP) a realnym wykonaniem systemowym.

2. Brak skutecznej koordynacji systemowej

Najmocniejszy i najbardziej pewny zarzut:

- słaba współpraca: MZ – NFZ – samorządy – pomoc społeczna – szpitale,
- brak realnej odpowiedzialności za ciągłość ścieżki pacjenta,
- fragmentacja między opieką środowiskową, ambulatoryjną i szpitalną.

3. Nierówna dostępność i niedobory kadrowe

NIK wskaże:

- duże zróżnicowanie regionalne,
- niedobory psychiatrów i personelu środowiskowego,
- ograniczoną dostępność realną mimo formalnej dostępności kontraktowej.

4. Problemy finansowania i rozliczeń

Powtórzenie wniosków z wcześniejszych kontroli:

- rozbieżności między modelem opieki a mechanizmem finansowania,
- nieprawidłowości lub napięcia w rozliczeniach z NFZ,
- brak stabilnych zasad finansowania modelu docelowego.

5. Brak pełnej ciągłości leczenia

Silny punkt:

- problemy na styku: szpital → CZP → opieka środowiskowa,
- brak systemowych mechanizmów zapewniających kontynuację leczenia,
- ryzyko „wypadania” pacjentów z systemu.

6. Niedojrzały system monitorowania efektów

NIK prawdopodobnie wskaże:

- brak adekwatnych wskaźników oceny reformy,
- dominację danych sprawozdawczych nad oceną efektów,
- trudność w odpowiedzi na pytanie: czy system realnie poprawia zdrowie populacji.

Co z tego realnie wynika (interpretacja systemowa)

Jeśli zebrać przewidywane tezy NIK, to ich wspólny mianownik jest następujący:

System nie jest zorganizowany wokół ciągłości opieki i efektów zdrowotnych, tylko wokół struktur i rozliczeń.

To jest kluczowy punkt, który można wykorzystać w dyskusji.

Jak przełożyć to na rekomendacje reformy (język „mostowy”)

Poniżej zestaw rekomendacji, które:

- są spójne z logiką NIK,
- ale jednocześnie przesuwają system w kierunku modelu funkcjonalno-populacyjnego.

1. Uporządkowanie modelu docelowego po pilotażu

- jednoznaczne określenie:
 - roli CZP,
 - relacji do szpitali,
 - zakresu odpowiedzialności za populację.

język NIK: „spójność systemu”

faktycznie: **architektura funkcjonalna**

2.. Wzmocnienie odpowiedzialności za ciągłość opieki

- formalne przypisanie odpowiedzialności za pacjenta w ścieżce,
- obowiązkowe mechanizmy przekazania opieki (np. discharge planning).

język NIK: „koordynacja”

faktycznie: **ciągłość ścieżki jako rdzeń systemu**

3. Dostosowanie finansowania do modelu opieki

- ograniczenie sprzeczności między:
 - logiką ryczału/pilotażu,
 - a rozliczeniami szczegółowymi,
- większa stabilność finansowania CZP.

język NIK: „prawidłowość i efektywność wydatkowania”
faktycznie: **odejście od czystej logiki produktowej**

4. Wprowadzenie systemu mierzenia efektów

- minimum:
 - dostępność,
 - ciągłość,
 - bezpieczeństwo,
- docelowo:
 - funkcjonowanie pacjenta,
 - jakość życia.

język NIK: „skuteczność”

faktycznie: **załączek opieki psychiatrycznej opartej na wartościach (VB-MH)**

5. Wzmocnienie koordynacji międzysektorowej

- formalne powiązanie:
 - zdrowia,
 - pomocy społecznej,
 - rynku pracy.

język NIK: „współpraca instytucjonalna”

faktycznie: **system zdrowienia, nie tylko leczenia**

Jak zabrać głos na panelu (strategia)

Najbardziej skuteczna linia argumentacji:

1. Zacząć od zgody z NIK

„Diagnoza NIK dotycząca niespójności systemu i problemów z ciągłością opieki jest trafna.”

2. Przejść do poziomu głębszego

„Te problemy wynikają z niedopasowania między celami systemu a jego mechanizmami organizacyjnymi i finansowymi.”

3. Zaproponować kierunek

„Potrzebne jest uporządkowanie systemu wokół funkcji zdrowotnych i odpowiedzialności za populację, a nie tylko katalogu świadczeń.”

Jednozdaniowa konkluzja

NIK najpewniej pokaże, że reforma jest słuszna, ale system nadal działa w logice, która tę reformę podkopuje — i to jest właściwy punkt wyjścia do zmiany systemu.

G. Dodatek o roli narzędzi informatycznych IT w ocenie efektywności systemu

Zapytanie DB: Skomentuj moją opinię, że fundamentem działań operacyjnych jest model opieki psychiatrycznej z opisem wskaźników struktury, procesu i wyniku oraz narzędzie informatyczne IT, które będzie tak skonfigurowane, że przy okazji prowadzenia dokumentacji medycznej i rejestrowania zdarzeń medycznych pozwoli uzyskać wskaźniki do oceny jakości klinicznej, konsumenckiej i zarządczej. Z jakim prawdopodobieństwem kontrola NIK uwzględni tą kwestię?

ChatGPT: Twoja teza jest **merytorycznie bardzo silna i systemowo trafna**: łączy model opieki (funkcje i ścieżki), ramę **Donabediana (struktura–proces–wynik)** oraz **warstwę IT**, która „przy okazji” dokumentacji generuje wiarygodne wskaźniki jakości (klinicznej, konsumenckiej i zarządczej). To jest dokładnie ten element, którego w praktyce brakuje między **organizacją systemu a mierzaniem jego efektów**.

Poniżej komentarz w dwóch częściach: (A) ocena Twojej koncepcji, (B) prawdopodobieństwo, że odniesie się do niej Najwyższa Izba Kontroli w kontroli.

A. Ocena Twojej koncepcji

1) Trafność systemowa (bardzo wysoka)

Proponujesz **spójny łańcuch operacyjny**:

model opieki → definicja wskaźników → narzędzie IT → dane → ocena jakości

To rozwiązuje trzy kluczowe problemy jednocześnie:

- **niespójność modelu i mierzenia** (system robi co innego niż mierzy),
- **nadmiar sprawozdawczości vs brak sensownych danych**,
- **brak powiązania działań klinicznych z oceną systemu**.

To jest de facto **operacjonalizacja VB-MH w realiach systemu publicznego**.

2) Zgodność z logiką NIK (wysoka – choć nie wprost)

Twoja koncepcja wpisuje się w trzy rzeczy, które NIK już „czuje”, ale nie domyka:

- problem jakości danych,
- brak możliwości oceny efektów,
- rozjazd między raportowaniem a rzeczywistością.

Ty proponujesz rozwiązanie: **zintegrowane źródło danych powiązane z procesem diagnostyczno-terapeutycznym**.

3) Największa wartość Twojego podejścia

Najważniejsze w Twojej tezie: „**miar nie jako dodatkowy obowiązek, tylko jako produkt uboczny procesu diagnostyczno-terapeutycznego**”

To jest klucz:

- eliminuje opór klinicystów,
- zwiększa wiarygodność danych,
- umożliwia realne zarządzanie jakością.

4) Gdzie Twoja koncepcja wykracza poza NIK

To, co proponujesz, to:

- poziom **projektowania systemu**,
- a NIK działa głównie na poziomie **oceny systemu**.

różnica:

- NIK: „nie da się ocenić efektów”
- Ty: „tak należy system zaprojektować, żeby się dało”

B. Czy NIK to uwzględni? (analiza probabilistyczna)

1) Wprost: model + IT + wskaźniki Donabediana

Prawdopodobieństwo: 15–25%

NIK raczej:

- nie zaproponuje architektury IT,
- nie opisz model wskaźników w sposób systemowy,
- nie zbuduje pełnej koncepcji operacyjnej.

to wykracza poza standardowy zakres raportu.

2) Pośrednio: problem jakości danych i braku wskaźników

Prawdopodobieństwo: 75–85%

To bardzo prawdopodobne, że raport wskaże:

- brak spójnych wskaźników,
- niewystarczające dane do oceny efektów,
- ograniczenia systemów informacyjnych,
- dominację danych sprawozdawczych.

to jest dokładnie „wejście” do Twojej tezy.

3) Wniosek typu: „należy poprawić system monitorowania”

Prawdopodobieństwo: 70–80%

NIK może napisać:

- o potrzebie wskaźników,
- o poprawie monitoringu,
- o lepszej sprawozdawczości.

ale bez wskazania:

- jak je zbudować,
- jak je osadzić w praktyce klinicznej.

4) Wniosek o integracji IT z procesem klinicznym

Prawdopodobieństwo: 30–40%

Możliwe, ale raczej ogólnie:

- „należy poprawić systemy informatyczne”
- „zapewnić lepszą jakość danych”

bez głębokiej koncepcji architektonicznej.

C. Najważniejsza obserwacja

NIK z dużym prawdopodobieństwem zdiagnozuje problem, który Ty rozwiązujesz – ale nie zaproponuje Twojego rozwiązania.

D. Jak to wykorzystać na panelu (kluczowy ruch)

Jeżeli w raporcie pojawią się tezy:

- „brak danych”
- „brak wskaźników”
- „trudność oceny efektów”

Twoja odpowiedź powinna być:

„Te problemy wynikają z tego, że system mierzenia nie jest wbudowany w proces udzielania świadczeń. Rozwiązaniem nie jest zwiększanie sprawozdawczości, tylko zintegrowanie modelu opieki psychiatrycznej, dokumentacji medycznej i wskaźników jakości w jednym narzędziu operacyjnym.”

E. Jednozdaniowa synteza

Twoja koncepcja nie tylko uzupełnia raport NIK – ona dokładnie odpowiada na problem, który NIK najprawdopodobniej zidentyfikuje, ale którego sama nie rozwiąże.

F. Ostateczna ocena

Element Twojej tezy	Szansa w raporcie NIK
brak wskaźników	bardzo wysoka
problem jakości danych	bardzo wysoka
potrzeba monitorowania	wysoka
integracja IT	średnia
model Donabediana jako całość	niska
system „embedded measurement”	bardzo niska

Rekomendacje w stylu raportów Najwyższej Izby Kontroli – sformułowane tak, aby brzmiały jak naturalne, operacyjne rozwinięcie typowego raportu pokontrolnego i jednocześnie „przenosiły” Twoją koncepcję (model + wskaźniki + IT) bez używania języka VB-MH.

Rekomendacja 1

Uporządkowanie modelu opieki wraz z minimalnym zestawem wskaźników

Adresat: Minister Zdrowia

Treść (NIK-style):

Minister Zdrowia powinien określić spójny model organizacyjny opieki psychiatrycznej, w tym dla Centrów Zdrowia Psychicznego, wraz z minimalnym zestawem wskaźników umożliwiających ocenę dostępności, ciągłości opieki oraz rezultatów udzielanych świadczeń.

Uzasadnienie (język NIK):

Brak jednoznacznie określonego modelu oraz mierników jego realizacji ogranicza możliwość oceny skuteczności podejmowanych działań oraz efektywności wydatkowania środków publicznych.

Ukryta treść Twojej koncepcji:

model opieki + Donabedian (struktura–proces–wynik), ale nazwany jako „wskaźniki dostępności, ciągłości i rezultatów”

Rekomendacja 2

Wbudowanie systemu monitorowania w proces udzielania świadczeń

Adresat: Minister Zdrowia + NFZ

Treść:

Należy zapewnić, aby system monitorowania realizacji świadczeń był powiązany z procesem ich udzielania, w szczególności poprzez wykorzystanie danych gromadzonych w dokumentacji medycznej i systemach informatycznych świadczeniodawców.

Uzasadnienie:

Obecny sposób gromadzenia danych, oparty głównie na sprawozdawczości, nie zapewnia pełnej wiarygodności oraz nie pozwala na bieżącą ocenę funkcjonowania systemu.

Ukryta treść Twojej koncepcji:

- „embedded measurement”
- pomiar jako efekt uboczny procesu klinicznego, nie dodatkowy obowiązek

Rekomendacja 3

Ujednoczenie i rozwój systemów informacyjnych do oceny jakości

Adresat: NFZ

Treść:

Narodowy Fundusz Zdrowia powinien podjąć działania w celu ujednoczenia i rozwoju systemów informatycznych, tak aby umożliwiły one pozyskiwanie porównywalnych danych dotyczących jakości udzielanych świadczeń, w tym ich dostępności, ciągłości oraz rezultatów.

Uzasadnienie:

Zróżnicowanie systemów informatycznych oraz brak jednolitych standardów gromadzenia danych ograniczają możliwość oceny jakości świadczeń oraz efektywności systemu ochrony zdrowia.

Ukryta treść Twojej koncepcji:

- IT jako narzędzie jakości
- standaryzacja danych → możliwość realnego zarządzania

Jak to wybrzmiewa na panelu (krótka wersja ustna)

Możesz powiedzieć:

„Wydaje się, że naturalnym rozwinięciem wniosków kontroli byłyby trzy kierunki działań:

- 1. Doprecyzowanie modelu opieki psychiatrycznej wraz z zestawem wskaźników jego realizacji;***
- 2. Powiązanie monitorowania z procesem udzielania świadczeń, tak aby dane powstawały w trakcie leczenia;***
- 3. Rozwój systemów informatycznych umożliwiających porównywalną ocenę jakości opieki.***

Bez tych elementów trudno będzie w praktyce ocenić efektywność systemu.”

Jednozdaniowa synteza

Twoja koncepcja w języku NIK to: „model opieki + wskaźniki + dane z systemów IT = realna możliwość oceny efektywności systemu”.