

56

31



**Związek Pracodawców
Opieki Psychiatrycznej
i Leczenia Uzależnień**

Plac Ż. Brodowicza 1
16 - 070 CHOROSZCZ
Tel./fax 85 719 46 36
e-mail: zpopilu@gmail.com
www.zpopilu.pl
NIP 6762430742
REGON 121357412
KRS 0000366737

Prezes Zarządu
Tomasz Goździkiewicz
Wiceprezes Zarządu
Waldemar Giza
Sekretarz Zarządu
Henryk Kromotowski
Członek Zarządu
Edward Lewczuk
Skarbnik Zarządu
Anna Rusek

Choroszcz, 14 sierpnia 2013 r.

Znak: 24/EL/13

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W związku z opublikowaniem projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zgodnie z załącznikiem do niniejszego pisma.

*Prezes Zarządu
Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej
i Leczenia Uzależnień
Tomasz Goździkiewicz*

Departament Organizacji Opieki
Zdrowia
2013 -08- 14
Znak sprawy.....
przebiegiem..... 8315

UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I LECZENIA UZALEŻNIEŃ

I. Ogólne:

Projekt rozporządzenia nie sprawia wrażenia dostosowania finansowania leczenia psychiatrycznego do standardów określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Proponowane zmiany nie tworzą mechanizmu wspierającego rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego. Użycie w nazwie rozporządzenia określenia „zakres” podtrzymuje rozbieżność znaczenia słowa „zakres” w znaczeniu tegoż rozporządzenia w stosunku do znaczenia zawartego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak jednolitej definicji prowadzi do wieloznaczności – co znajduje odzwierciedlenie w stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia nazewnictwem „rodzaj” dla całej „opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień” oraz „zakres” – zawężonym do specjalności komórki organizacyjnej realizującej umowę (tj. oddziału). Postulujemy ujednoczenie zapisów.

W części projektu „Ocena Skutków Regulacji” w części 7 – „Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób” autor zawarł informację: projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na stan zdrowia populacji. W takiej sytuacji należy rozpatrzyć zasadność istnienia całego projektu i dalszych prac nad nim... Ponadto jest to sprzeczne z informacją zawartą w części 1 – „Podmioty na które oddziałuje projektowana regulacja”.

II. Szczegółowe:

1. dot. par. 2:

- 1) § 2 pkt. 1 – definicja doświadczenia – W treści rozporządzenia brak określenia trybu uzyskiwania potwierdzenia doświadczenia lub zdolności do samodzielnej pracy przez konsultantów/kierujących oddziałem. Brak wskazania przypadków, kiedy “potwierdzenie” doświadczenia lub zdolności do samodzielnej pracy wydaje odpowiedni konsultant, a kiedy kierujący oddziałem oraz zapisów jak ma wyglądać to “potwierdzenie” doświadczenia lub zdolności do samodzielnej pracy - na piśmie? w aktach personalnych? Czy zapis w definicji oddział dotyczy jedynie oddziałów (dziennych i stacjonarnych) czy również poradni.
- 2) § 2 pkt. 3 - lekarz w trakcie specjalizacji - lekarz, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji. Zapis mógłby dotyczyć lekarzy zatrudnionych w poradni, w oddziałach stacjonarnych i dziennych ten lekarz powinien być traktowany jako „w trakcie specjalizacji” od jej rozpoczęcia, pracuje i tak pod nadzorem. Świadczeniodawca nie zatrudni chcącego się specjalizować na etacie, który nie będzie mógł udzielać świadczeń, a ilość etatów rezydentkich

jest zbyt mała do potrzeb. Część lekarzy, którzy obecnie są zaliczeni do „osób w trakcie specjalizacji” może utracić ten status i stać się od 1 stycznia 2014 roku zbędnymi do wykonywania świadczeń w ramach umowy z płatnikiem systemowym.

3) § 2 pkt. 4 - czy w warunkach poradni nie może być prowadzony program terapeutyczny?

2. dot. par. 3:

1) § 3 ust. 1 pkt 2 - prosimy o doprecyzowanie zapisu dotyczącego leków poprzez dodanie informacji, że oddział dzienny zapewnia leki dla pacjentów tylko w czasie pobytu pacjenta w oddziale, co zgodne jest z wcześniejszym stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie.

3. dot. par. 6:

- 1) § 6 pkt 2 – jakie programy terapeutyczne ma realizować Świadczeniodawca w warunkach izby przyjęć?
- 2) Postulujemy wykreślenie w § 6 pkt 4 projektu rozporządzenia wyrazów „konsultacje specjalistyczne”. Pozostawienie takiego zapisu powoduje, że zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze i opiekuńczo – lecznicze o profilu psychiatrycznym obowiązane będą ponosić często wysokie koszty konsultacji specjalistycznych o charakterze niepsychiatrycznym, np. z dziedziny kardiologii, ginekologii, okulistyki, stomatologii itd. Zwracamy uwagę, że odmiennie została uregulowana sytuacja pacjentów ze schorzeniami somatycznymi – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140 poz. 1147) a także w projekcie nowego rozporządzenia z dnia 8 lipca 2013r. świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych przez zakłady opiekuńcze nie obejmują konsultacji specjalistycznych. W związku z tym zakłady takie mogą odrębnie rozliczać świadczenia udzielane jednocześnie przez różnych świadczeniodawców w zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki stomatologicznej itd. Konsekwencją niemożności zastosowania tej zasady w rozliczaniu świadczeń w zakresie opieki długoterminowej psychiatrycznej jest ograniczenie dostępności do badań konsultacyjnych innych specjalności niż psychiatria, neurologia i interna. Powoduje to dyskryminację pacjentów psychiatrycznych, którzy i tak z racji wyjątkowości swojej choroby są bardziej narażeni na wykluczenie społeczne i dyskryminację.

4. dot. załączników – uwagi ogólne:

W szczegółowych zakresach działalności nie uwzględniono żadnych naszych postulatów dotyczących złączenia norm zatrudnienia np. na oddziałach dla przewlekle chorych, oddziałach dziennych, oddziałach psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu. Nadal nie uwzględnia się specyfiki

oddziałów dla chorych somatycznie i psychogeriatrycznie marginalizując rolę internisty lub geriatry a wyolbrzymiając potrzeby zatrudnienia psychiatrów.

1) **dot. Załącznika Nr 1:**

- a) w punkcie dot. „osoby prowadzącej psychoterapię” – jaki jest sens rozdzielania psychologa od „osoby mającej tytuł mgr psychologii” oraz czy psycholog ma także spełniać pozostałe warunki – nie jest to jednoznaczne (wyrażenie „lub osoba która spełnia warunki” możliwa jest interpretacja że mgr psycholog musi spełniać te warunki a (teoretycznie) licencjat z psychologii nie).
- b) W projekcie do realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej w oddziale psychiatrycznym (stacjonarnym) czterdziestołożkowym jest niezbędne zatrudnienie minimum trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub co najmniej jednego lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii oraz dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji. Uważamy, że jest to zdecydowanie zbyt duże wymaganie. Z uwagi na niedobory kadrowe wynikające z braku specjalistów w dziedzinie psychiatrii, jak również braku chętnych do podjęcia specjalizacji z zakresu psychiatrii propozycja nasza zmierza do zmniejszenie obsady lekarskiej w oddziale psychiatrycznym czterdziestołożkowym z aktualnych trzech etatów na dwa etaty. Ponieważ liczna grypa psychologów poszukuje pracy proponujemy zwiększyć konieczną obsadę medyczną w miejsce jednego etatu psychologa do dwóch etatów w wspomnianym czterdziestołożkowym oddziale. Działanie takie jednocześnie zrekompensuje obniżoną obsadę psychiatrów.
- c) W projekcie do realizacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży brak jest zapisów dotyczących organizacji oddziału w zakresie rozdziału wiekowego pacjentów: dziecięcego i młodzieżowego.
- d) W projekcie do realizacji świadczeń z zakresu Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi – lp. 16 udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania – proponujemy zastosowanie przelicznika zatrudnieniowego lekarza psychiatry analogicznie do zastosowanego w hostelu dla osób uzależnionych (1 etat przeliczeniowy na 80 miejsc).

2) **dot. załącznika Nr 6:**

- a) w załączniku nr 6, w kolumnie 3, l.p. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12 proponujemy wykreślić czas trwania **porady kontrolnej**. Zakres porady kontrolnej jest bardzo ograniczony i w warunkach elektronicznej dokumentacji (bieżący i natychmiastowy dostęp do całej historii choroby pacjenta, drukowanie recepty z systemu itp.) znakomicie skraca czas tej porady i lekarz indywidualnie powinien decydować o czasie trwania tej wizyty.
- b) - **lp. 1 – porada diagnostyczna** – wyłączenie możliwości udziału pracy lekarza w trakcie specjalizacji – który jedynie ma się przyglądać pracy specjalisty lub lek. z I^o specjalizacji, przy czym to przyglądanie się rozpocznie się po zakończeniu 1 roku pracy i uzyskaniu pozytywnej opinii. Czy lekarska porada diagnostyczna musi obejmować skierowanie na

badanie psychologiczne i laboratoryjne. A jak nie ma ono uzasadnienia? Jaki jest sens ograniczania lekarza udzielającego porad diagnostycznych tylko do ¼ etatu.

- c) - **lp. 1 – porada lekarska terapeutyczna** - Jakie czynności pielęgniarskie ma obejmować porada terapeutyczna?
- d) **lp. 1 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, kol. 3 - przy sesji rodzinnej/sesji wsparcia psychospołecznego** dodać zapis Z03 w przypadku osób stanowiących rodzinę świadczeniobiorcy/wsparcie świadczeniobiorcy, dla których nie stwierdzono jednostki chorobowej leczonej w danej komórce organizacyjnej
- e) **lp. 7 – porada diagnostyczna – może ją wykonywać jedynie lekarz specjalista seksuolog –** przy aktualnych brakach kadrowych garstka osób będzie miała uprawnienia do rozpoczęcia terapii, co dodatkowo ograniczy dostępność do świadczeń. Zaś w poradzie lekarskiej terapeutycznej i poradzie lekarskiej kontrolnej oraz sesji wsparcia psychospołecznego – pominięto lekarzy z I^o specjalizacji, chyba, że istnieje pewność, że takich osób nie ma.
- f) **lp. 11 leczenie środowiskowe (domowe), kol. 3 – przy sesji rodzinnej/sesji wsparcia psychospołecznego** dodać zapis Z03 w przypadku osób stanowiących rodzinę świadczeniobiorcy/wsparcie świadczeniobiorcy, dla których nie stwierdzono jednostki chorobowej leczonej w danej komórce organizacyjnej

3) dot. załącznika Nr 7

Porównując załącznik nr 7 projektu z załącznikiem nr 4 do obowiązującego rozporządzenia z dnia 21. 03. 2012 r. stwierdzono następujące różnice:

- a) pojawiająca się w projekcie zmiana w kolumnie 4 polegająca na zamianie kodu ICD 10 z Z 81.2 na Z 81.3 wydaje się słuszną i w zasadzie nie zmienia warunków udzielania świadczeń,
- b) w kolumnie 3 projektu:
 - w części 4 dotyczącej świadczeń terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, przy opisie porady lub wizyty lekarskiej (poz. nr 3) wyklucza możliwość udzielania świadczeń przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii, poprzez pominięcie jej w projekcie rozporządzenia. Stoi to w oczywistym konflikcie z twierdzeniem zawartym w Ocenie Skutków Regulacji w projekcie, gdzie w punkcie 4 – „Wpływ regulacji na rynek pracy” znajduje się informacja, że nie będzie ona miała wpływu na rynek pracy.
 - w części 5 dotyczącej świadczeń terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, przy opisie programu leczenia substytucyjnego (poz. nr 9) dodaje jako warunek udzielania świadczeń zapewnienie leków stosowanych w programie substytucyjnym. Wydaje się to logiczne, a wymóg oczywisty. Nie posiadamy jednak wystarczającej wiedzy jaką skalę problemu wywoła to obostrzenie dla świadczeniodawców.
 - w kolumnie 2 projektu:
 - przy opisie porad lub wizyt diagnostycznych, dodano, że obejmują one niezbędne badania laboratoryjne w ramach wymogu wykonywania niezbędnych badań diagnostycznych.

Dotychczasowy wymóg wykonywania niezbędnych badań diagnostycznych w sposób oczywisty zawierał już w sobie badania laboratoryjne jako jedną z form badań diagnostycznych. Skoro jednak projekt wprowadza zapis rozszerzony, należy przyjąć, że dla części świadczeniodawców (być może nie będących lekarzami) nie było to oczywiste. Ponadto w projekcie pominięto niezbędnie konsultacje specjalistyczne i czynności pielęgniarские ponieważ są to świadczenia należne świadczeniobiorcy w ramach ubezpieczenia w NFZ.

- przy opisie porad lub wizyt lekarskich pominięto określenie że jest to ... kolejna... porada lub wizyta lekarska. Jest to bez znaczenia, skoro mowa o poradach/wizytach kontynuujących leczenie,

- przy opisie wizyty instruktora terapii uzależnień zamieniona słowo placówka na świadczeniodawca, co wydaje się być oczywistym, ale w kolumnie 3 powinno pozostać jedynie obecny pkt. 3 i 4 skoro instruktor ma kierować do: specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa i lekarza.

Ponadto popieramy starania Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia uzależnień Familia sp. z o.o. i postulujemy o ujęcie w katalogu świadczeń gwarantowanych konkretnych celów do zrealizowania w Oddziale Terapii i Oddziale Rehabilitacji dla Pacjentów Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych z Zaburzeniami Psychicznymi – szczegółowe informacje w załączonej korespondencji.

Prezes Zarządu
Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej
i Leczenia Uzależnień

Tomasz Goździkiewicz