



INSTYTUT PSYCHIATRII i NEUROLOGII

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. centr. 48 (22) 45 82 800, fax (22) 651 93 01



27
p. d. S. 2013-07-31
CAF

DN / 1108 / 2013-001

Warszawa, dn. 2013-07-31

Departament Organizacji Ochrony
Zdrowia

2013 -08- 07

Znak sprawy.....
przekazano..... **8313**

Pan
Sławomir Neumann
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia
Ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

2002

SEKRETARIAT STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Krzysztof Chlebuz

2013-08-06

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo MZ-OZG-50-31888-12/DS./13 z dnia 12.07.2013r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie świadczeń gwarantowanych opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zgłaszam następujące uwagi:

W proponowanym tytule należałoby określenie „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” zastąpić określeniem „leczenie psychiatryczne i uzależnień” – czas kustodialnej (tylko opiekuńczej) psychiatrii zakończył się co najmniej 60 lat temu.

(1) Projekt całkowicie pomija sprawę kompleksowych świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach centrum zdrowia psychicznego (CZP). Jest to sprawa fundamentalna dla przebudowy systemu lecznictwa psychiatrycznego w Polsce według modelu środowiskowego - postanowionej w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego poprzez wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Odpowiednie zapisy były zapowiadane i są oczekiwane. Ich pominięcie oznacza w praktyce odmowę realizacji zapisów ustawy i rezygnację z realizacji NPOZP w części dotyczącej niezbędnej reformy systemu opieki psychiatrycznej.

CZP mogą powstawać stopniowo, poszerzając zasięg oddziaływania odpowiednio do możliwości organizacyjnych podmiotów leczniczych i organów tworzących. Jednak bez wprowadzenia takiej, nowoczesnej formy realizowania świadczeń psychiatrycznych, NFZ odmówi przygotowania odpowiedniego produktu, a podmioty lecznicze nie będą miały bodźca do wysiłku organizacyjnego. Sprawy tej nie można już dłużej odkładać.

SEKRETARIAT
PODSEKRETARZA STANU
Krzysztof Chlebuz

06. 08. 2013

Nr rejestru pozycji..... **578**

Należałoby dodać w § 3.1 kolejny punkt wskazujący na świadczenia gwarantowane w warunkach: „kompleksowej opieki centrum zdrowia psychicznego” oraz odpowiednie uzupełnienia w § 4.1 i §6.

(2) listy świadczeń realizowanych w warunkach dziennych i ambulatoryjnych należy uzupełnić o „konsultacje specjalistyczne” – które niesłusznie pominięto.

Chorzy psychicznie mają utrudniony dostęp do specjalistów, bywają spychani lub lekceważeni i bardzo często tylko placówki psychiatryczne (także ambulatoryjne i dzienne) są w stanie utorować im drogę do niezbędnych konsultacji dla ich zdrowia i życia (np. onkologicznych, kardiologicznych).

(3) w §3.1 (p.3) leczenie środowiskowe jest nadal włączone do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych – jest to błąd.

Leczenie środowiskowe nie jest świadczeniem realizowanym w warunkach ambulatoryjnych. Leczenie środowiskowe jest realizowane w warunkach pod każdym względem odrębnych – tak w sensie klinicznym (dotyczy szczególnej, odrębnej diagnostycznie populacji chorych, wymagającej innego typu kompetencji i programów leczenia), jak i – co za tym idzie – także w sensie organizacyjnym, kosztowym. Utożsamianie go ze świadczeniami realizowanymi w warunkach ambulatoryjnych blokuje jego rozwój i sensowność wykorzystania. Rozwój leczenia w warunkach środowiskowych jest warunkiem modernizacji systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce.

Należy leczenie warunkach środowiskowych wyłączyć jako p. 4, z rozwinięciem w postaci lit. a) psychiatrycznych.

Wymaga to dodania w §4.1 odpowiedniego załącznika (p.8). Treść tego załącznika można wyodrębnić z załącznika nr 7.

Odpowiednio, po § 8 należy dodać paragraf odnoszący się gwarantowanych świadczeń środowiskowych obejmujących:

- 1) świadczenia zdrowotne
- 2) niezbędne badania diagnostyczne
- 3) programy terapeutyczne
- 4) konsultacje specjalistyczne
- 5) leki niezbędne w stanach nagłych
- 4) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin

Definicję programu terapeutycznego (§2 p.4) należy uzupełnić o możliwość jego realizacji także w warunkach środowiskowych

(4) W § 8 należy wykaz świadczeń uzupełnić o „programy terapeutyczne”, które mogą być realizowane także w tych warunkach (ambulatoryjnych).

(5) W § 10.1 błąd literowy w drugim wierszu powinno być „wyłącznie” a nie „wyłączenie”

(6) Zapisy § 10.3 są przykładem cynizmu prawnego i pozostaną martwe – przy aktualnej, bardzo zaniżonej wycenie świadczeń psychiatrycznych przez NFZ, liczba i kwalifikacje pracowników realizujących stacjonarne świadczenia psychiatryczne zakładane w załącznikach do rozporządzenia nie stanowią minimum warunkującego zawarcie kontraktu, lecz są przez zarządzających traktowana jako standard (maksimum). Oznacza to niemożność zapewnienia chorym niezbędnego bezpieczeństwa i odpowiedniej jakości leczenia/opieki.

Uwagi do załączników do rozporządzenia

Załącznik 1

(7) Proponowany równoważnik etatu przeliczeniowego dla zatrudnienia lekarzy we wszystkich typach oddziałów prowadzących aktywne leczenie dorosłych jest zbyt niski (por. 5, powyżej) – powinien on uwzględniać obciążenie 1 lekarza opieką nad nie więcej niż 10 pacjentami. Proponowane w projekcie normy mogą być traktowane jako tymczasowe, okresowo dopuszczalne minimum.

Załącznik 3

(8) Należy rozważyć wprowadzenie do świadczeń udzielanych w Izbie Przyjęć świadczenie formie „kompleksowej interwencji kryzysowej” obejmującej badania diagnostyczne lekarskie i psychologiczne oraz interwencje terapeutyczne i krótkotrwałą obserwację - rozwiązujące kryzys bez konieczności hospitalizacji (analogia do świadczeń SOR niepsychiatrycznych). Pozwalałoby to na racjonalizację wskazań do kosztownej hospitalizacji i leczenia stacjonarnego.

Załącznik 6.

(9) Porada lekarska diagnostyczna wymaga również czynności pielęgniarских, które niesłusznie pominięto – porada diagnostyczna zawiera w sobie także poradę terapeutyczną.

(10) Prowadzenie „sesji wsparcia psychospołecznego” oraz „wizyty, porady domowej lub środowiskowej” może uwzględniać także realizacje przez „terapeutę środowiskowego” analogicznie jak w przypadku „psychologa”.

(10) Treść załącznika począwszy od punktu 11 (leczenie środowiskowe) należy wyodrębnić w postaci nowego załącznika - por. uwaga (3).

„Sesja wsparcia psychospołecznego” może być realizowana przez „terapeutę środowiskowego” analogicznie do „psychologa”

W pkt 10 dotyczącym **Świadczenia Psychiatrii Sądowej** w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 ustawy z dnia 6 czerwca 1007 r. – Kodeks karny wykonawczy, w rubryce Personel, wymaga zmiany:

1. brzmienie dotychczasowe pkt. 4 na następujące:

4) psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna, zwany dalej „psychologiem klinicznym”, lub psycholog – **równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 łóżek (w miejsce 1 na 40).**

Uzasadnienie: utrzymanie dotychczasowego brzmienia pkt. 4 przewidującego - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek pozostaje w sprzeczności z rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w odniesieniu do § 2 pkt. 2), który określa, że połowa świadczeń terapeutycznych stanowią świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej. Zakładając, że w oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia zajęcia terapeutyczne i rehabilitacyjne prowadzone przez psychologa trwają w wymiarze ok. 6 godzin dziennie, w systemie grupowym, przy równoczesnym ograniczeniu grupy terapeutycznej do liczby osób nie przekraczających 8-10, istniejący wymiar etatu przeliczeniowego psychologa nie jest w stanie zrealizować świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej. Warto zauważyć, że psychologowie zatrudnieni w oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia prowadzą badania diagnostyczne pacjentów w

szczegółności w związku z określaniem stwarzania przez nich zagrożenia popełnieniem podobnego czynu zabronionego i sporządzają co 6 mc stosowne opinie dla sądu. Z opinii przekazywanych z oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu wynika, że wymagania w odniesieniu do zadań stawianych psychologom nie odpowiadają zaniżonemu wymiarowi etatów przeliczeniowych.

2. brzmienie dotychczasowe pkt. 5 na następujące:

5) osoba prowadząca terapie zajęciową – **równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 łóżek (w miejsce 1 na 40).**

Uzasadnienie: drugim po psychoterapii obszarem terapeutyczno-rehabilitacyjnym realizowanym w oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia jest terapia zajęciowa. Z uwagi na fakt, że pobyt pacjentów w tym oddziale jest czasowo nieokreślony i średnio trwa ok. 2-3 lata terapia zajęciowa oraz zajęcia rehabilitacyjne i rekreacyjno-sportowe muszą odbywać się w systemie ciągłym zarówno w godzinach popołudniowych jak i popołudniowych. Pacjenci o takim charakterze, jacy znajdują się w oddziale, wymagają: zorganizowania zajęć rehabilitacyjnych pod kątem ich przyszłego funkcjonowania w społeczeństwie, są osobami o wysokim poziomie agresji co jest przyczyną ich internacji, z braku wystarczającego ruchu, są narażeni na otyłość i zespoły metaboliczne. Terapia zajęciowa realizowana również w obszarze rehabilitacyjno- rekreacyjnym pozwala zrealizować zadania terapeutyczne w systemie zmianowego zatrudnienia instruktorów terapii zajęciowej co łączy się też z motywowanymi względami bezpieczeństwa podziałem grup zajęciowych na 8-10 osobowe. Opinie z oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia jednoznacznie wskazują na znaczące niedobory etatowe w grupie instruktorów terapii zajęciowej co uniemożliwia realizację programu rehabilitacyjnego w pełnym zakresie.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIEDZINIE PSYCHIATRII
dla województwa mazowieckiego
Prof. dr hab. Jacek Wciórka

Z poważaniem
DYREKTOR
INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII
Prof. dr hab. n. med. Danuta Byłkiewicz