

nak: NFZ/CF/DSOZ/2012/03/0177/11/170326/11301

Warszawa, dnia 19 kwietnia 2012 r.

**Pan Wojciech Kłosiński**  
**Zastępca Dyrektora**  
**Departamentu Zdrowia Publicznego**  
**w Ministerstwie Zdrowia**

W odpowiedzi na pismo znak: MZ-ZP-P-0212-22589-3/AJ/12 z dnia 23 marca 2012 r. przesyłam uwagi Narodowego Funduszu Zdrowia do projektu rozporządzenia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.).

#### **Załącznik Nr 1**

Ad1) brak uwzględnienia warunków rehabilitacji psychiatrycznej i rehabilitacji w terapii uzależnienia, brak dwuletniego okresu doświadczenia klinicznego psychologa;

Ad9) niespójność definicji osoby prowadzącej terapię zajęciową w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, w porównaniu np. do przepisów rozporządzeń Ministra Zdrowia: z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145, z późn. zm.) i w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.);

Ad13) należy ujednoczyć definicję lekarza specjalisty (pkt. 5) i psychologa klinicznego (pkt 13);

#### **Załącznik Nr 2 część 1**

Ad komentarzy a1 i a2) zdaniem Funduszu brak zasadności utrzymywania świadczenia dla chorych somatycznie, oraz świadczenia psychiatrycznego dla przewlekle chorych, ponieważ NPOZP przewiduje psychiatryczne oddziały opiekuńcze (ZOL, ZPO);

Ad k.a5) należałoby wskazać, że jest to lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży „lub” lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii;

Ad k.a6) zapis powinien brzmieć: „którym nie można zapewnić opieki środowiskowej, ambulatoryjnej lub dziennej”;

Ad k.a7) zapis powinien brzmieć: „którym nie można zapewnić opieki środowiskowej, ambulatoryjnej lub dziennej”;

Ad k.KS8) brak zasadności rozróżniania ZOL i ZPO;

Ad k.a9, a10, k.a11, k.a12) zdaniem Funduszu zapis powinien brzmieć: „którym nie można zapewnić opieki środowiskowej, ambulatoryjnej lub dziennej”;

Ad k.a13 obecne brzmienie przepisu jest wystarczające do realizowania świadczenia wobec dzieci;

Ad k.a17, k.KS18) brak zasadności utrzymywania świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej jako świadczenie stacjonarne, powinno być przekształcone do realizacji jako leczenie środowiskowe (domowe);

Ad Lp.18, kol.4) sprzeczność ICD-10 w których możliwe jest realizowanie leczenia elektrowstrząsami (F20-F29, F30-F39) z rozpoznaniem dla oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych oraz leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży;

#### **Załącznik Nr 2 część 2**

Ad k.a21, k.a22) w świetle NPOZP nieracjonalne jest powielanie zakresów ponieważ , będzie to generowało dodatkowe koszty w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym i uzależnień. W ocenie Funduszu dodatkowy podział świadczenia leczenie uzależnień, w tym świadczenia terapii uzależnienia na dwa oddzielne świadczenia, nie podniesie skuteczności leczenia korzystających z nich osób. Rozdzielenie rozpoznań pomiędzy poszczególne świadczenia jest możliwe i realizowane aktualnie, a proponowane warunki udzielania świadczeń są takie same dla obydwu zakresów świadczeń, co zaprzecza konieczności ich dalszego rozdrabniania.

Ad k.a24, a25) dla określonych ram czasowych należy wskazać procedury medyczne realizowane w ramach zakresu;

#### **Załącznik Nr 2 część 3**

Ad k.a32) zasadne jest, aby dyżur w Izbie Przyjęć pełnił lekarz specjalista psychiatra;

#### **Załącznik Nr 2 część 4**

Ad k.a35) – należy ustalić czas udzielania świadczenia w ciągu dnia i tygodnia z dookreśleniem przez ile lat może być realizowane świadczenie dzienne psychiatryczne dla dorosłych,

- należy określić procedury medyczne w realizacji świadczenia dziennego psychiatrycznego dla dorosłych,

-czas pracy lekarzy należy pozostawić jak dotychczas, ponieważ przy założeniu że cały swój czas pracy poświęcają oni tylko pacjentom, lekarze dysponują 90 minutami dla pacjenta na tydzień, co w przypadku świadczenia psychiatrycznego stanowi w opinii Funduszu minimum,

- zgodnie z założeniami NPOZP, docelowo wszystkie oddziały dzienne psychiatryczne powinny, jak w przypadku leczenia dzieci i młodzieży być oddziałami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi;

Ad k.a36) obecnie przepisy rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych regulują zapis dotyczący zapewnienia pomieszczenia do terapii zajęciowej w oddziałach stacjonarnych, zasadne pozostawienie zapewnienia pomieszczenia do psychoterapii indywidualnej i grupowej;

Ad k.a37) zgodnie z założeniami NPOZP, docelowo wszystkie oddziały dzienne psychiatryczne powinny być oddziałami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi;

Ad k. a38) zgodnie z założeniami NPOZP, wszystkie oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży są oddziałami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi; w ocenie płatnika nieracjonalne jest zwiększanie liczby zakresów świadczeń udzielanych przy podobnych warunkach, dlatego należy nie wprowadzać świadczenia dziennego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży;

Ad k. a39) bezzasadne jest zmniejszanie czasu pracy lekarza w świadczeniu dziennym psychiatrycznym geriatrycznym, ponieważ przy obecnie proponowanym wymiarze czasu pracy lekarzy, przy założeniu że cały swój czas pracy poświęcają oni tylko pacjentom, lekarze dysponują 2 godz. i 15 minutami dla pacjenta na tydzień, co w przypadku świadczenia dziennego psychiatrycznego geriatrycznego stanowi w opinii Funduszu minimum, zmniejszenie czasu pracy lekarzy obniży jakość realizowanych świadczeń;

Ad k. 40) bezzasadne jest zmniejszanie czasu pracy lekarza w świadczeniu dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych, ponieważ przy obecnie proponowanym wymiarze czasu pracy lekarza, przy założeniu że cały swój czas pracy poświęca on tylko pacjentom, lekarz dysponuje około 90 minutami dla pacjenta na tydzień, co w przypadku świadczenia dziennego leczenia zaburzeń nerwicowych stanowi w opinii Funduszu minimum, zmniejszenie czasu pracy lekarzy obniży jakość realizowanych świadczeń;

#### **Załącznik Nr 2 część 6**

Ad k. a44, a46, a55, a57) -należy dookreślić, jakie „inne istotne czynniki” mogą zwiększać liczbę porad diagnostycznych,

- należy zwiększyć porady psychologiczne diagnostyczne do 4 oraz dookreślić, jakie „inne istotne czynniki” mogą zwiększać liczbę porad diagnostycznych w ramach jednego rozpoznania;

Ad k. a45) porada lekarska diagnostyczna powinna być udzielana przez lekarza specjalistę psychiatrę;

Ad k. a47, a59, a68, a76, a83, a88) należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji psychoterapii indywidualnych składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta, jak i czas, po którym zasadne będzie powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi;

Ad k. a48, a60, a68 a76 a83, a88) należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji psychoterapii rodzinnej składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta i jego rodziny, jak i czas, po którym zasadne będzie powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi;

Ad k. a50, a62, a68, a76, a83, a88) należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji psychoterapii grupowej składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta, jak i czas, po którym zasadne będzie powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi;

Ad k. a51, a63, a68, a76, a83, a88) należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji wsparcia psychospołecznego składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta, jak i czas, po którym zasadne będzie powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi;

Ad k. a53) należy pozostawić przepis zawarty w Lp. 1 pkt. 10 projektu rozporządzenia, ze względu na małą liczbę ZLS wystąpi problem z zabezpieczeniem świadczeń, zapis w projekcie rozporządzenia dotyczący możliwości pracy lekarza lub psychologa samodzielnie lub w zespole z innym pracownikiem jest właściwy;

Ad k. a56) porada lekarska diagnostyczna powinna być udzielana przez lekarza specjalistę psychiatrę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;

Ad k. a58) należy pozostawić przepis zawarty w Lp. 2 pkt. 6 projektu rozporządzenia, ponieważ ze względu na małą liczbę poradni dla dzieci z autyzmem wystąpi problem z zabezpieczeniem świadczeń;

Ad k. a65) należy pozostawić przepis zawarty w Lp. 2 pkt. 11 projektu rozporządzenia, ponieważ ze względu na małą liczbę ZLS dla dzieci wystąpi problem z zabezpieczeniem świadczeń, zapis w projekcie rozporządzenia dotyczący możliwości pracy lekarza lub psychologa samodzielnie lub w zespole z innym pracownikiem należy ujednolicić zgodnie z odniesieniem do k. a53;

Ad k. a67) wymagania dla programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem powinny być jednakowe bez względu na miejsce realizacji świadczenia, konsekwencją usunięcia przepisu zawartego w Lp. 2 pkt 12 projektu rozporządzenia będzie brak zabezpieczenia świadczeń;

Ad k. a69) wymagania powinny być takie same jak dla PZP dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży;

Ad k.a70, a71, a72, a73) celowy jest wymóg posiadania wyższych kwalifikacji w poradniach o wyższym profilu specjalizacji;

Ad k.a74) bezzasadne jest udzielanie sesji psychoterapii indywidualnej przez 2 osoby;

Ad k.a75) bezzasadne jest obniżenie wymagań dla sesji wsparcia psychospołecznego w leczeniu nerwic, ponieważ brak jest podstaw do różnicowania wymagań dla takiego samego świadczenia jednostkowego;

Ad k.a77) porada lekarska diagnostyczna w ramach świadczenia seksuologicznego i patologii współżycia, powinna być udzielana przez lekarza specjalistę w dziedzinie seksuologii;

Ad k.a78) celowy jest wymóg posiadania wyższych kwalifikacji w poradniach o wyższym profilu specjalizacji;

Ad Lp.5 - brak pozostałych warunków realizacji, np. pomieszczeń do udzielania świadczeń,  
- status zawodowy pracownika socjalnego jest uregulowany w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz.1362, z późn. zm.), tak więc jego zadania powinny być finansowane przez pomoc społeczną. Fundusz proponuje wykreślić wymóg zatrudnienia pracownika socjalnego;

Ad k.a79, a83, a84) brak podstaw do różnicowania wymagań dla takiego samego świadczenia jednostkowego;

Ad k.a80) dodać do okresowego badania stanu somatycznego i psychicznego „po każdorazowej kompleksowej diagnostyce laboratoryjnej”;

Ad k.a85) w ramach świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym nie mają zastosowania komentarze dotyczące świadczeń w PZP dla dorosłych oraz PZP dla dzieci i młodzieży;

Ad k.a86) porada lekarska diagnostyczna w ramach świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym, powinna być udzielana przez lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza specjalistę psychiatrę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;

Ad k.a87) wymagania dla programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem powinny być jednakowe bez względu na miejsce realizacji świadczenia;

Ad k.a89) dopisać specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży do personelu ppkt 2 projektu rozporządzenia (zespół przeszkolony w zakresie diagnostyki terapii osób z autyzmem);

Ad k.a90) w leczeniu środowiskowym sesja psychoterapii grupowej jest udzielana w siedzibie świadczeniodawcy;

Ad k.a91)  
w leczeniu środowiskowym sesja wsparcia psychospołecznego może być udzielana również w siedzibie świadczeniodawcy;

## Załącznik Nr 2 część 7

Ad l.p.1 pkt 3, l.p.2 pkt 3, l.p. 3 pkt 3, l.p. 4 pkt 3, l.p.5 pkt 3 usunąć zapis „lub wizyta”

Ad k.a92) - należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji psychoterapii indywidualnych składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta, jak i czas po którym zasadne jest powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi,

- należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji psychoterapii rodzinnej składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta i jego rodziny, jak i czas po którym zasadne jest powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi,

- należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji psychoterapii grupowej składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta, jak i czas, po którym zasadne będzie powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi;

- należy doprecyzować przez ile lat zasadne jest realizowanie sesji wsparcia psychospołecznego składających się na cały proces terapeutyczny pacjenta, jak i czas, po którym zasadne będzie powtórzenie udzielania przedmiotowego świadczenia temu samemu pacjentowi;

Ad k.a93) należy dookreślić, jakie „inne istotne czynniki” mogą zwiększać liczbę porad diagnostycznych;

Ad k.a94) zdaniem Funduszu należy przeformułować przepis, ponieważ określa on cały proces diagnostyczny, na który składają się 3 porady lub wizyty diagnostyczne udzielone przez lekarza specjalistę (jednocześnie do PZP dla dorosłych oraz PZP dla dzieci i młodzieży) lub psychologa posiadającego co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy klinicznej lub specjalistę psychoterapii uzależnień. Problem rozliczania porady i wizyty odbytej w ciągu jednego dnia został rozwiązany w zarządzeniu nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

Ad k.a108) należy dookreślić, jakie „inne istotne czynniki” mogą zwiększać liczbę porad diagnostycznych.

  
Jacek Ciesielski